

# 松戸市 脳活チャレンジ&ナビ ープロジェクトの意義・概要・実施方法について



大冢賀政昭  
国立保健医療科学院  
医療・福祉サービス研究部

# 本日お話しする内容

プロジェクト実施の背景と意義

プロジェクトの概要

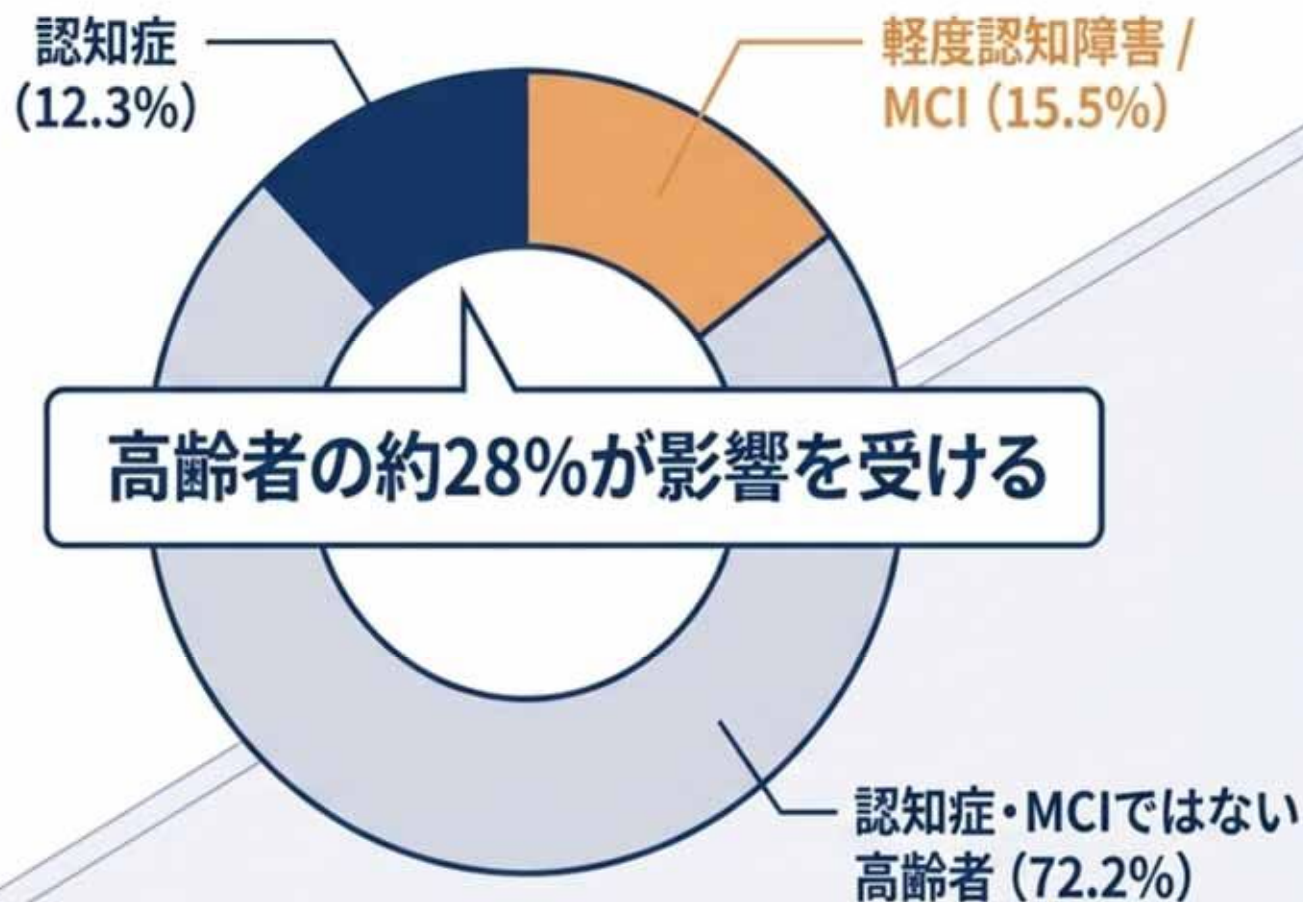
プロジェクトの鍵となるアセスメントツール：DASC

プロジェクトの実績から見る効果

プロジェクトを進める実践フレームワーク

# プロジェクト実施の背景と意義

# 2022年調査が示す現実：「誰もが認知症になり得る社会」



- 65歳以上高齢者の約28%が認知症またはMCIである。
- 「誰もが認知症になり得る」という前提に立ち、予防と共生を両立する地域づくりが急務である。

2022年に認知症の地域悉皆調査（調査率80%以上）を実施した4地域（福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町）での調査

# 認知症をめぐる困難と、立ち向かうための「4つの方向性」

## 困難・課題



治らない / 人数が多い



意思決定が困難



発症してからの期間が長い



臨床像が複雑で  
ケアの標準化が困難



## 方向性・処方箋

① 早期把握・早期対応の推進  
(予防、進行軌道を緩やかにする)

② 医療連携の推進  
(特にかかりつけ医との接続)

③ セルフケアの推進

④ 地域包括支援センターの機能強化

参考：松戸市福祉長寿部審議監草野哲也氏作成資料「まつど認知症予防プロジェクトの進捗状況～医療・介護連携に基づく軽度認知症の早期把握・ケアマネジメント～」(2017年7月5日)

認知症は世界的に大きな健康問題であり、治療法がないため、  
リスクの軽減、タイムリーな診断、早期介入に重点が置かれている。

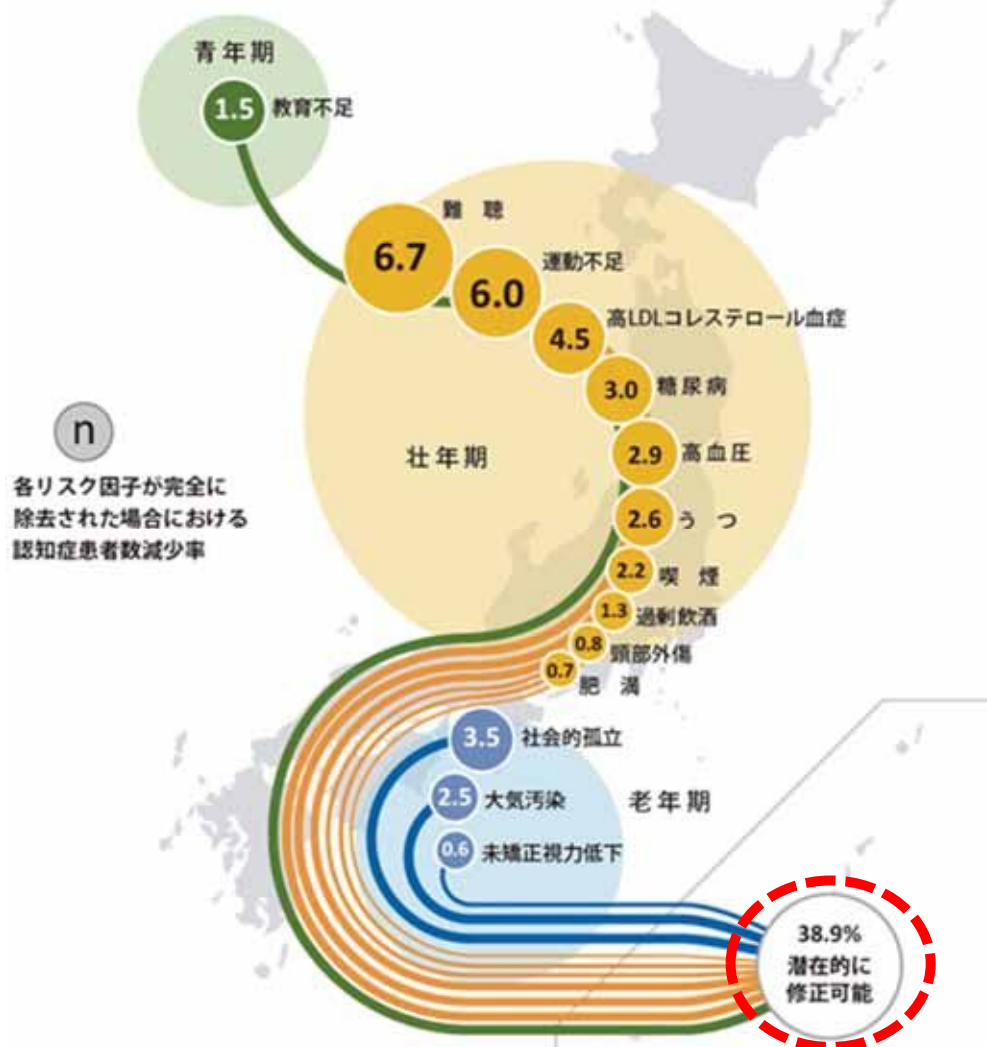
Robinson, Louise, Eugene Tang, and John-Paul Taylor. "Dementia: timely diagnosis and early intervention." *Bmj* 350 (2015).

# 認知障害の早期認識と診断のメリット

- 認知障害の治療可能な原因について早期に評価できる
- 診断された病気の存在とその影響について患者と家族に教育とカウンセリングを実施し、問題を軽減するのに役立つ（家族と夫婦間の不和、介護者の負担軽減、等）
- サポートシステムの構築、包括的な医療計画の確立などによって、医療に利用できる時間を最大限に活用できる
- 自立を最大限に高めるための戦略やツールを早期に導入できる（例：記憶支援ツール、安全ブレスレット、GPSペンダント、家庭用カメラなど）
- 記憶喪失、気分障害、不安障害、精神病に対する潜在的な薬理学的および非薬理学的介入を可能にする
- 認知機能低下の一因となる可能性のある合併症をコントロールし、さらなる認知機能低下のリスクを遅らせたり軽減したりする可能性のある生活習慣の危険因子（喫煙、運動、食事など）を修正する機会を拡大できる。
- ピアサポートの会の提供するプログラムへ参加機会を提供できる
- 介護保険サービスへの接続が遅れる可能性を防ぐ



## 参考：認知症発症に関連する14個の危険因子に関する寄与割合（日本）



権威ある医学誌「*The Lancet*」の認知症委員会（**The Lancet Commission on dementia**）は、生活習慣や環境要因などの介入可能な危険因子への対策により、世界全体で認知症の約**45%**が予防可能であると報告している。

しかし、これらの推計は主に欧米を中心とした国際データに基づくものであり、日本の社会構造や健康特性を十分に反映しているとはいえない。

和佐野らでは、日本の公的統計や疫学研究データを用いて、日本における認知症予防の潜在的可能性を定量的に評価した。

これは、今後増加が確実視される認知症に対し、どの危険因子に、どの程度、優先的に介入すべきかを示す科学的根拠となる。



# 既存の「初期集中支援チーム」が直面する構造的限界



**リソースの限界:**  
体制が重厚なため、手間とコストがかかり幅広く事例を扱えない。



**スクリーニングの欠如:**  
早期発見のシステムがなく、支援対象事例を十分に拾い上げられない。

## 認知症初期集中支援チーム



医療と介護の  
専門職



認知症  
サポート医

- ・介護保険制度の地域支援事業として実施される（全市町村に設置される）。
- ・認知症が疑われる人やその人の家族を訪問し、おおむね6か月間の集中的な初期支援を行う



**医療連携の断絶:**  
かかりつけ医との連携が難しく、生活歴や継続的な支援との連続性が保てない。



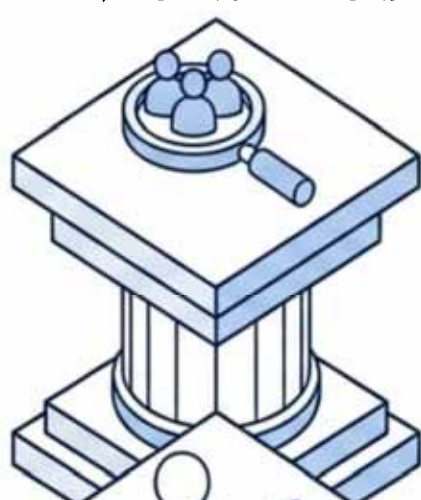
**アプローチの限界:**  
発症後の対応が主となり、予防やセルフケアまで射程を広げられない。

# 松戸市 脳活チャレンジ&ナビの4つの特徴

平成28年度に、セルフマネジメントをテーマとした国のモデル事業に認知症に着目して参画。  
その経験をもとに、平成29年度から市の事業として実施されている。

## 早期把握

多様な地域機関による幅広いMCIスクリーニング。



## 医療連携

かかりつけ医への確実な接続による医療の連続性確保。



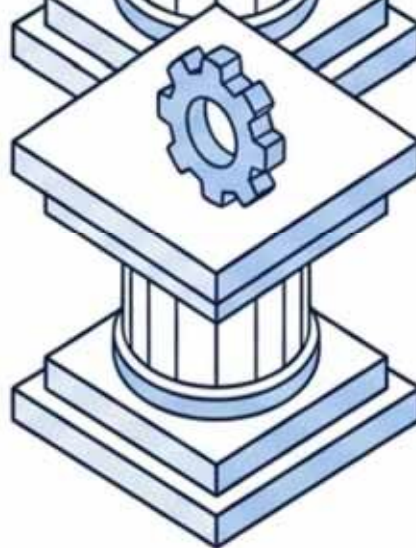
## セルフケア推進

専門職の伴走による、本人の目標設定と達成の後押し。



## 簡素なシステム

地域の実情に応じた、タイミング自在でコスト効率の高い仕組み。



# プロジェクトの概要

## 事業名称の変更と新たなコンセプト



### 過去

旧名称：まつど認知症予防プロジェクト

課題：「認知症」という言葉に対する参加者・説明者の心理的抵抗感の存在。



### 現在（令和8年度～）

新名称：松戸市 脳活チャレンジ&ナビ

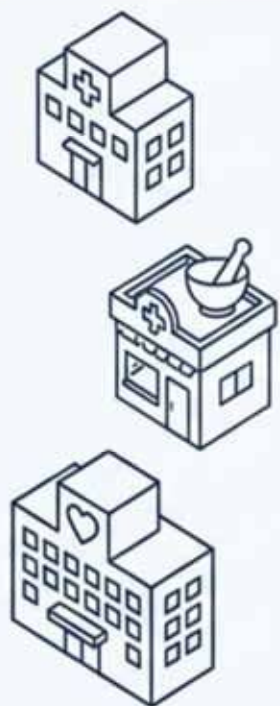
- ・脳活：抵抗感を払拭し、主体的・前向きな取り組みを促進する。
- ・チャレンジ：自ら進んで行動する意欲を喚起する。
- ・ナビ：専門職が適切な生活習慣や早期受診へと導く（ナビゲートする）役割を明示する。

## 本事業の基本コンセプトと目指す姿

地域包括ケアシステムの中で、認知症の継続的ケアマネジメントを実践する。

実施機関の専門職

軽度認知症の方



①早期把握・アセスメント  
(DASC-21を活用)

②ケアマネジメント  
(受診勧奨、セルフケア、  
介護サービス)

③モニタリング  
(継続的な伴走)



認知機能の  
維持・改善

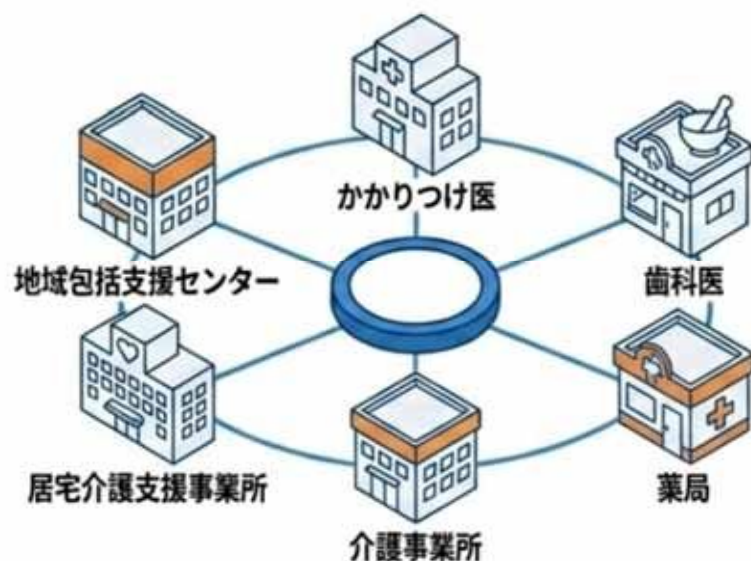
# 介入の対象者と実践を担う実施機関



## 対象者の要件

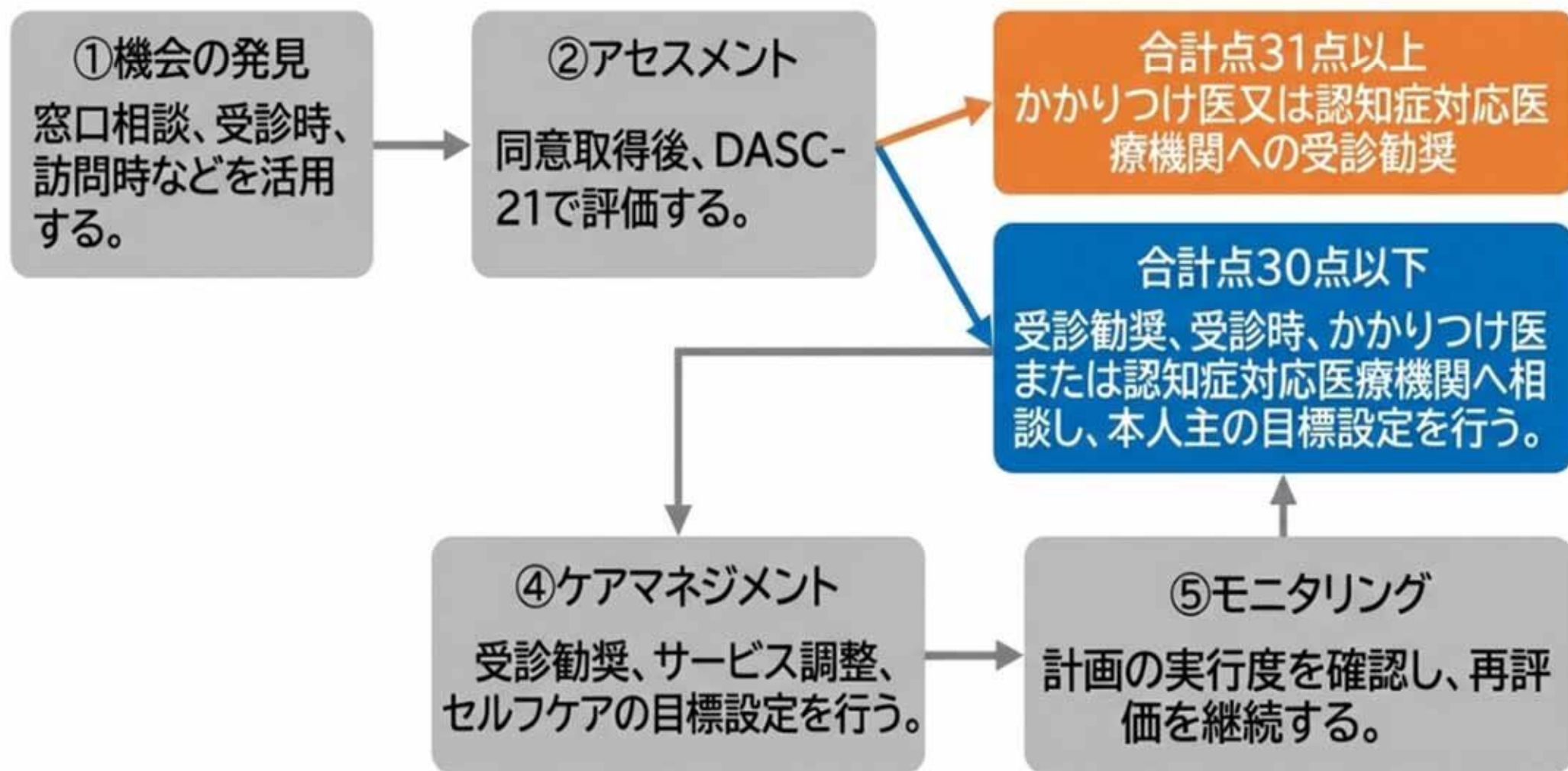
- ・松戸市在住の高齢者。
- ・認知機能低下が疑われるが未受診である者。
- ・予防意欲やセルフケア能力があり、軽度認知症以上の可能性が相当程度ある者。

## 実施機関と条件



- ・機関：地域包括支援センター、かかりつけ医、歯科医、薬局、介護事業所、居宅介護支援事業所。
- ・条件：市指定の「軽度認知症把握・ケアマネジメント実施者研修」の受講が必須である。

# 新規事例の支援介入フロー



# ステップ1：客観的指標に基づく初回アセスメント



DASC-21を活用し、認知機能と生活機能を一体的に評価する。

## 判定基準

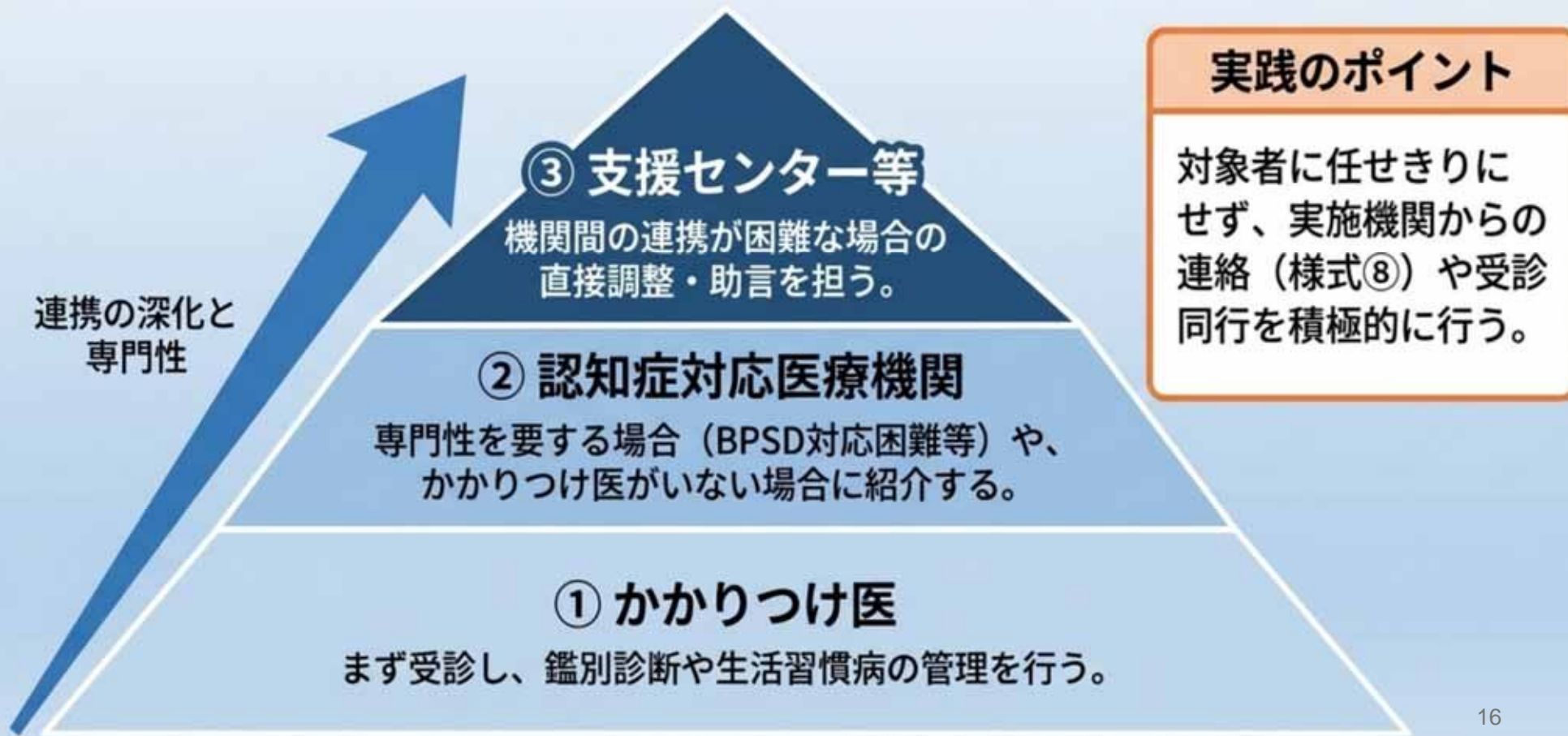
合計31点以上の場合、「軽度認知症以上の可能性あり」として、専門的介入（受診勧奨等）の優先度を高める。

## 実践上の留意点

アセスメントは本人の状況をより正確に把握するため、可能な限り家族同伴のもとで実施することが望ましい。

## ステップ2：受診勧奨と重層的な医療連携システム

DASC31点以上の場合、診断と適切な治療へつなぐ。



## ステップ3：状況に応じたケアマネジメントの展開



### 医療への接続

様式⑧（連絡用紙）等  
を活用し、医師へDASC  
評価結果を情報提供し連  
携を図る。



### セルフケアの促進

本人に無理のない範囲で、  
健康管理や社会参加の  
目標を設定する（例：新  
聞を取りに行く、町内会  
活動への参加）。



### 介護サービスの導入

状態に応じ、通所介護や  
予防教室への参加を調整  
する。

# ステップ4：定期的なモニタリングによる伴走支援

## 生活機能の維持



### 実施時期

初回から3カ月後、6カ月後に加え、概ね1年後ごとに継続実施する。

### 実施内容

- ・セルフケアの実施状況と目標達成度を確認する。
- ・必要に応じ、DASC-21の再評価を行う。
- ・生活機能の低下が見られた場合は、速やかに医療機関への再受診を勧奨する。

### 伴走の意義

専門職による緩やかな見守りが、対象者の孤立を防ぎ、前向きな意欲を維持させる。

## 適切な引継ぎと支援の一区切り



### 引継ぎのルール

より支援を実施しやすい協力機関がある場合、本人同意のもと「引継ぎ票 (様式⑦)」を用いて同行訪問などで円滑に引き継ぐ。



### 支援の終了と称賛

1年後モニタリングを一区切りとし、その後はセルフケアの継続へ移行する。  
プログラム修了者には「修了証」を発行し手渡す。

実践の鍵：「できなかったこと」を指摘するのではなく、「1年間継続できたこと」自体を称え、今後の自己効力感を高める。

# 市役所への提出書類マトリクス

提出期限：実施翌月の15日までに提出（※3月実施分は当月31日、またはセンターへ15日まで）。

	初回	モニタリング①	モニタリング②	1年後
様式① 提出シート	✓	✓	✓	✓
様式③ DASC-21	✓	✓	✓	✓
様式④ アセス/モニタリングシート	✓	✓	✓	✓
様式⑤ セルフケア取り組み状況	✓	✓	✓	✓

補足：様式②（個人情報同意書）、様式⑦（引継ぎ票）、様式⑧（連絡用紙）などは状況に応じ任意提出する。

# 実施スケジュールと委託料体系（ロードマップ）

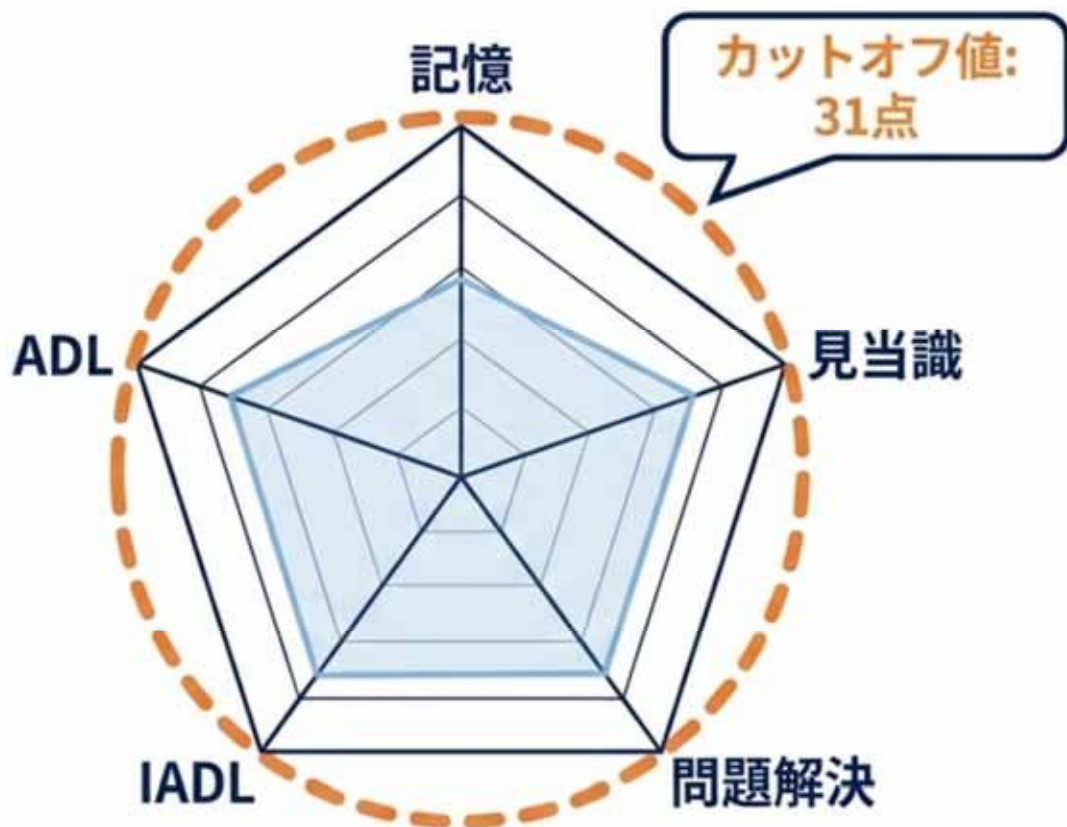
継続事例は概ね1年ごとのモニタリングを実施する。

実施機関にとって、継続的な見守りが制度的・継続的に評価される仕組みである。



## プロジェクトの鍵となるアセスメントツール：DASC

# 客観的評価指標：DASC-21（地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート）



- 認知機能と生活機能を一体的に評価する標準化ツールである。
- 全21項目、各4段階評価（正常域1～2点、障害域3～4点）。
- 判定基準：合計31点以上で「認知症の可能性あり」と判定。
- 生活機能評価に基づく支援内容の選択に極めて有効である。

# DASC - 21の評価様式

合計31点以上で「認知症の可能性あり」と判定。

## The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日:		年	月	日( 歳)	男・女	独居・同居
本人以外の情報提供者氏名:		(本人との続柄: )		記入者氏名:		(所属・職種: )		
		1点	2点	3点	4点	評価項目	備考欄	
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)		
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる			
1	財布や鍵など、物を置いた場所がおかなくなることがあります	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶	
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがあります	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶	
3	自分の生年月日がわからなくなることがあります	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	時間	
4	今日が何月何日かわからないときがあります	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所	
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		道筋	
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	問題解決 判断力	問題解決	
7	電気がガスや水道が止まったときに、自分で適切に対応できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		判断力	
8	一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	実生活の IADL	社会判断力	
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		買い物	
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	実生活の IADL	交通機関	
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理	
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	実生活の IADL	電話	
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		食事の準備	
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ①	服薬管理	
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		入浴	
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	着替え	
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		排泄	
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ③	整容	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		食事	
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ④	移動	
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			



DASC 21: (1~21項目まで)の合計点

点/84点

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント(DASC-21) ©原田圭一 東京都健康長寿医療センター研究所

# 認知機能の評価（Q1～Q6）：記憶と見当識の欠落を探る

DASC-21

項目	全くない	少し感じる	感じる	いつも感じる	導入の質問
(i) もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	いつも感じる	導入の質問
(ii) 1年前と比べてもの忘れが増えた	感じない	少し感じる	感じる	いつも感じる	
財布や鍵など、物を置いた場所・・・	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能
1 5分前に聞いた話を思い出せ	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	
2 5分前に聞いた話を思い出せ	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識
3 自分の生年月日がわからな	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	
4 今日が何月何日かわからな	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	時間
5 自分のいる場所がどこかわか	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	
6 道に迷って帰ってこれない・・・	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	道順

## 【近時記憶（Q1-Q2）】

財布や鍵の置き忘れ、5分前の会話の忘却など、直近の出来事を保持できるかを問う。

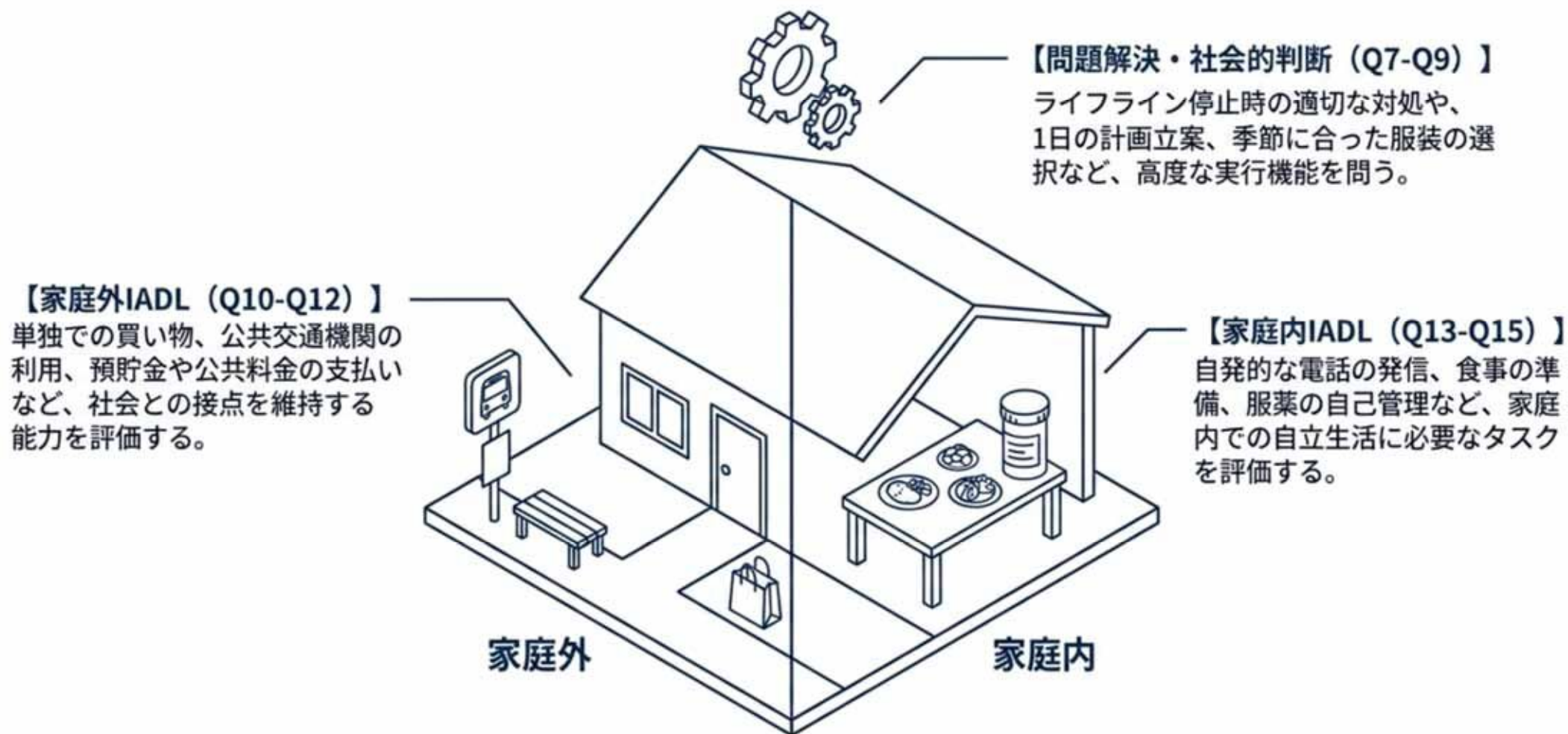
## 【遠隔記憶（Q3）】

自らの生年月日など、過去に定着したはずの長期記憶が保持されているかを確認する。

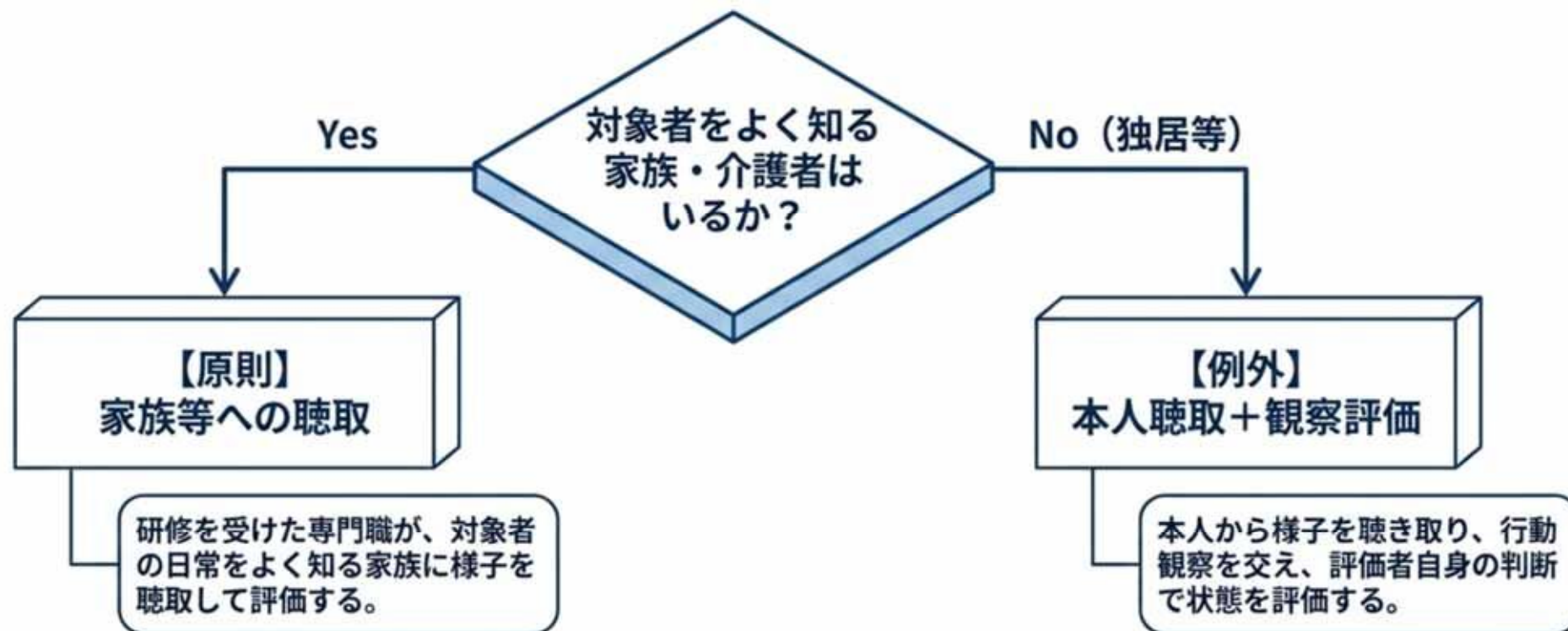
## 【見当識（Q4-Q6）】

今日の日付（時間）、現在の居場所（場所）、自力での帰宅能力（道順）など、自身と外界との空間・時間的な位置関係を把握できているかを評価する。

# 問題解決・IADLの評価（Q7～Q15）：軽度障害を鋭敏に捉える

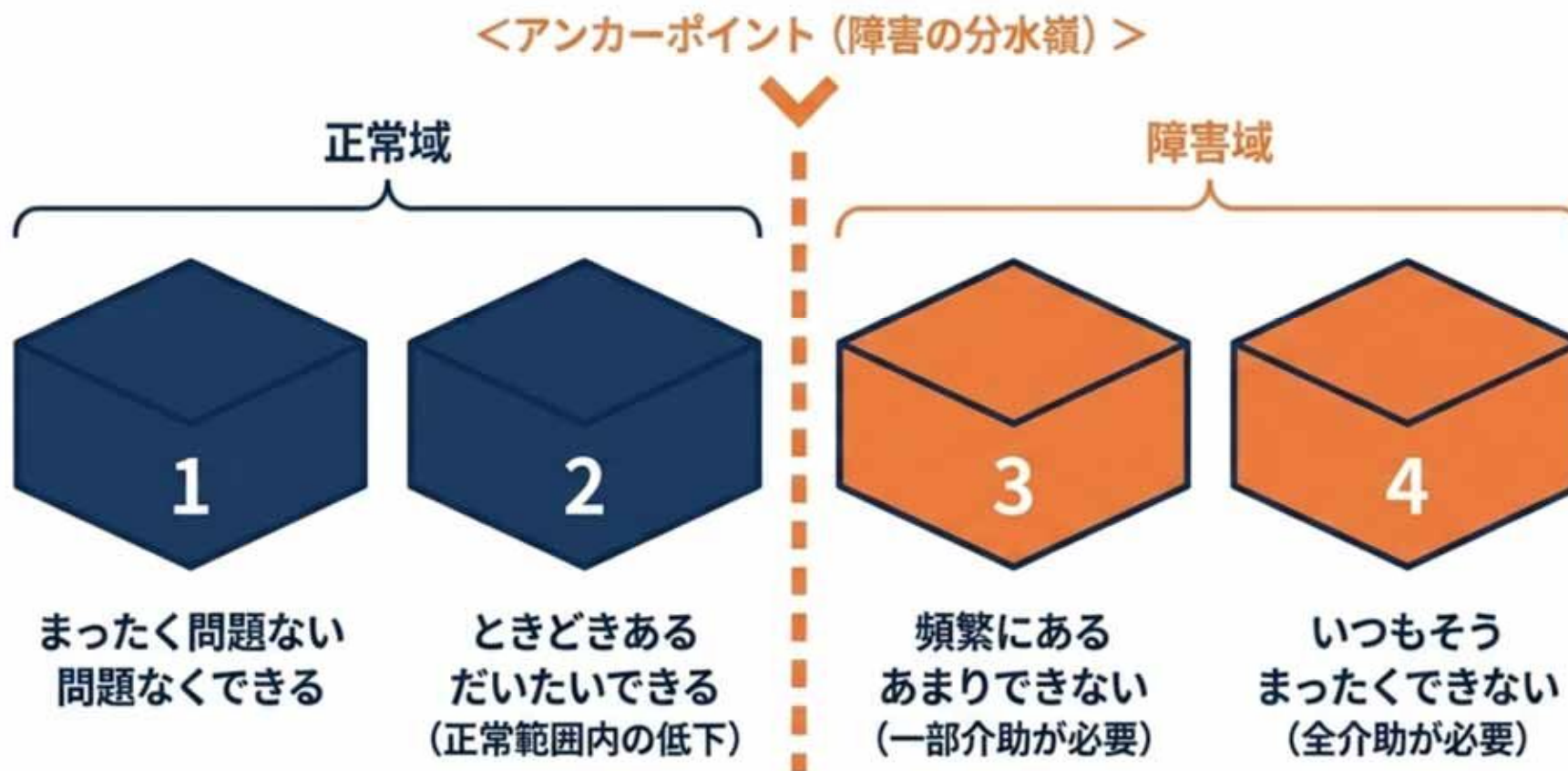


# 対象者の生活をよく知る者からの「観察評価」を原則とする



**【潜在能力の評価における最重要ルール】 「実際にやっているか」ではなく、「環境があれば実際にできそうか」という判断基準を用いて評価を行うこと。**

# 評価は正常域と障害域を分ける「4件法」でスコアリングする



# 診断アルゴリズム：合計スコアとキー項目による評価決定

## 【第一段階】合計スコアの確認

1～21項目の合計点が「31点以上」の場合、認知症の可能性あり

## 【第二段階】キー項目の得点確認

※キー項目：遠隔記憶、場所の見当識、社会的判断力、身体的ADL

いずれも「1点または2点」

軽度認知症の可能性

いずれかが「3点または4点」

中等度認知症の可能性

いずれもが「3点または4点」

重度認知症の可能性

# 機能障害の進行パターンに基づく重症度判定マトリクス

	軽度	中等度	重度
記憶障害	近時記憶 	遠隔記憶（部分） 	遠隔記憶（全般） 
見当識障害	時間 	場所 	人物 
問題解決・判断力	問題解決 	判断力（部分） 	判断力（全般） 
ADL障害	IADL 	BADL（部分） 	BADL（全般） 

※ 重症度は、部分的な機能低下が広範囲かつ全般的な障害へと拡大していくプロセスとして評価される。

# プロジェクトの実績から見る効果

## 9年間の軌跡が示す「地域ケアの青写真」の広がり



### ・システムの定着

プロジェクトの継続によって簡素化を進めつつ、DASCによるアセスメントや受診勧奨を行う事業として定着。

### ・早期把握の文化

重厚なチーム医療の前に、「地域の接点で気づき、セルフケアを促す」という公衆衛生的なアプローチが松戸市に根付きつつある。

### ・今後の展望

この簡素で持続可能なネットワークを通じ、誰もが希望を持って暮らせる「認知症バリアフリー」なまちづくりをさらに推進する。

# 9年間の実績が証明する、確かな介入基盤

プロジェクトは地域包括支援センターをハブとして機能し、早期段階での介入に成功している。

**818人**

新規参加者数  
(9年間の支援実績)



初回アセスメント  
を地域包括支援セ  
ンターが実施  
(ハブとして機能)



**80歳**

参加者の平均年齢



**77.5%**

かかりつけ医あり



**49.3%**

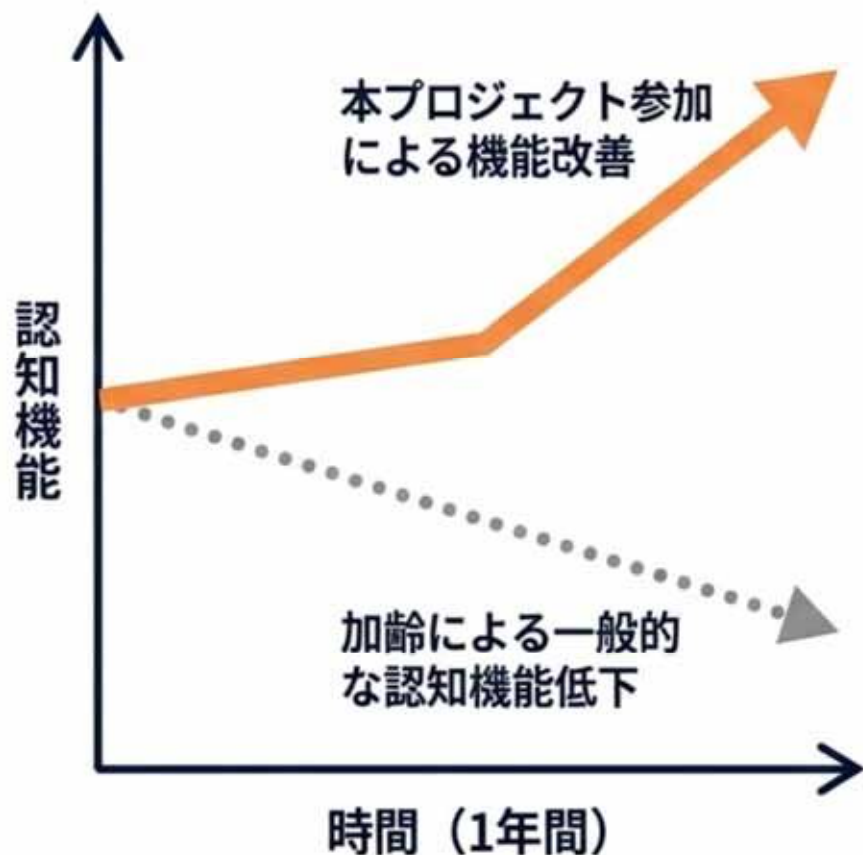
要介護認定なし

# 潜在的リスクを医療へ繋ぐ：高精度なスクリーニング機能

軽度認知症の疑いがある層を早期に発見し、確実にかかりつけ医等の診断へ結びつける契機となっている。



## 客観的エビデンス：AMED研究に基づく成果検証



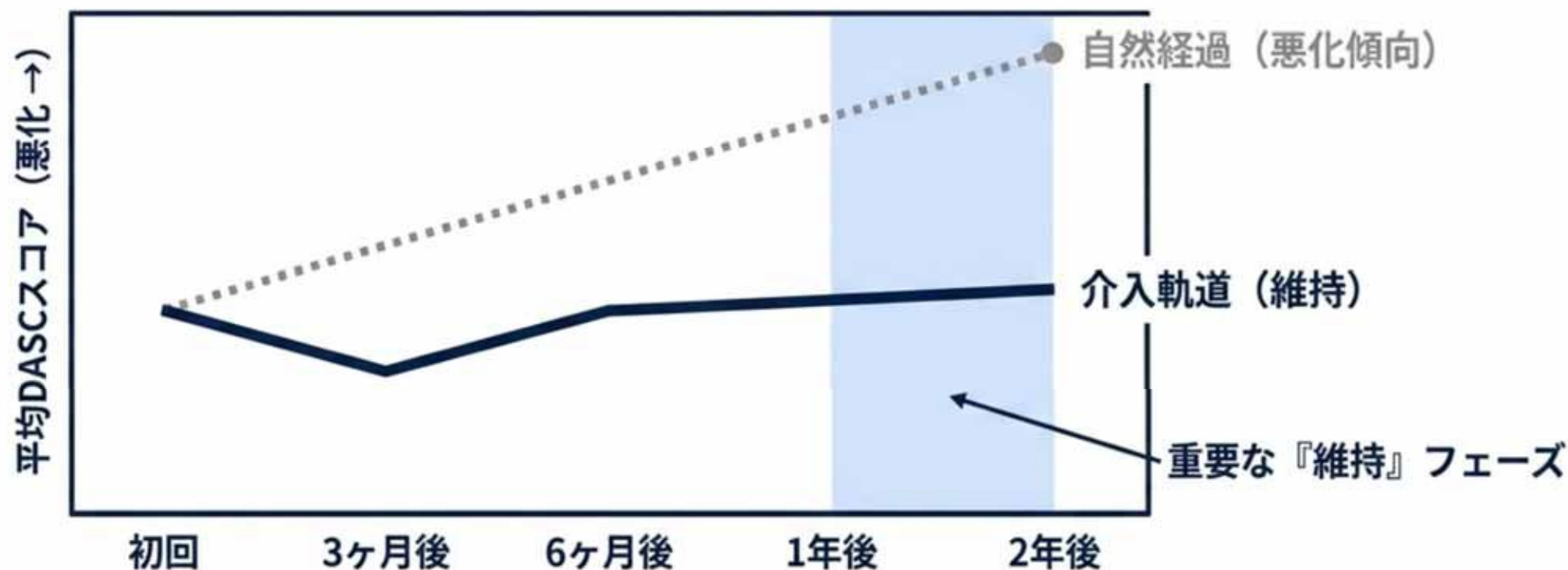
- 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の認知症研究開発事業によるデータ検証。
- 対象：軽度認知症以上（DASC-21：31点以上）と判定されたプロジェクト参加者。

検証結果：1年間の継続参加により、「見当識」および「問題解決判断力」において統計的に有意な改善が確認された。

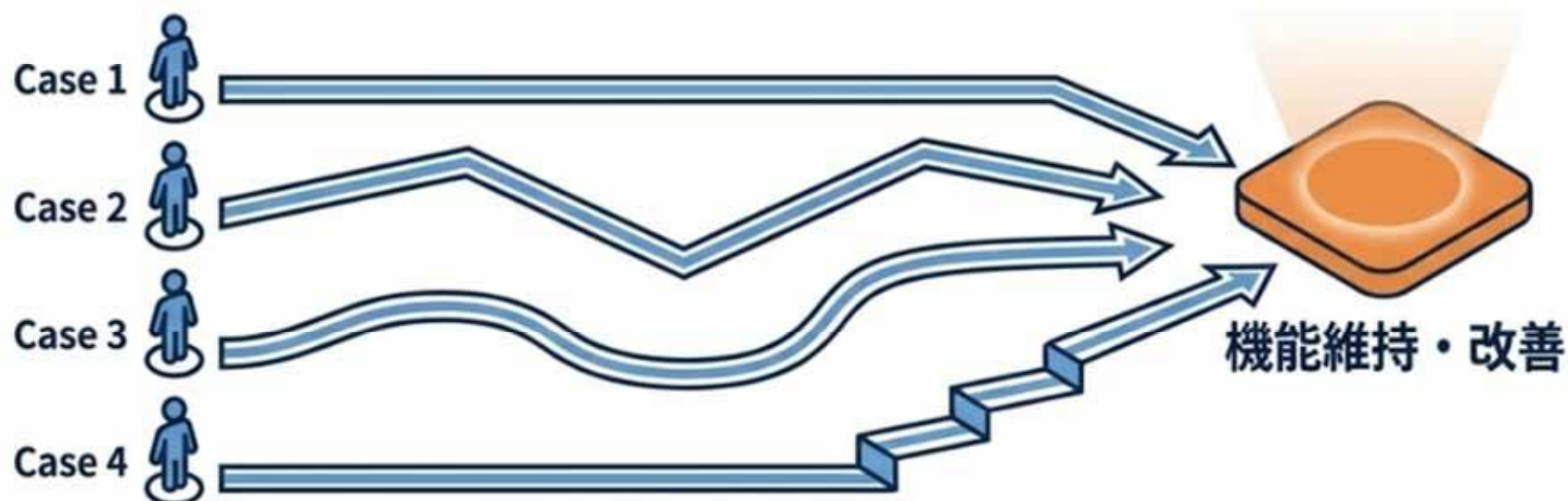
- 結論：加齢に伴う機能低下が一般的な中で、有意な改善を示した本システムは、認知症の早期支援・発症遅延に明確な効果を持つ。

## 長期的な視点：機能低下の軌道を緩やかにし、生活の質を『維持』する

1年後以降のモニタリングは、急激な悪化を監視し、QOLを維持できているかを確認する重要な指標である。

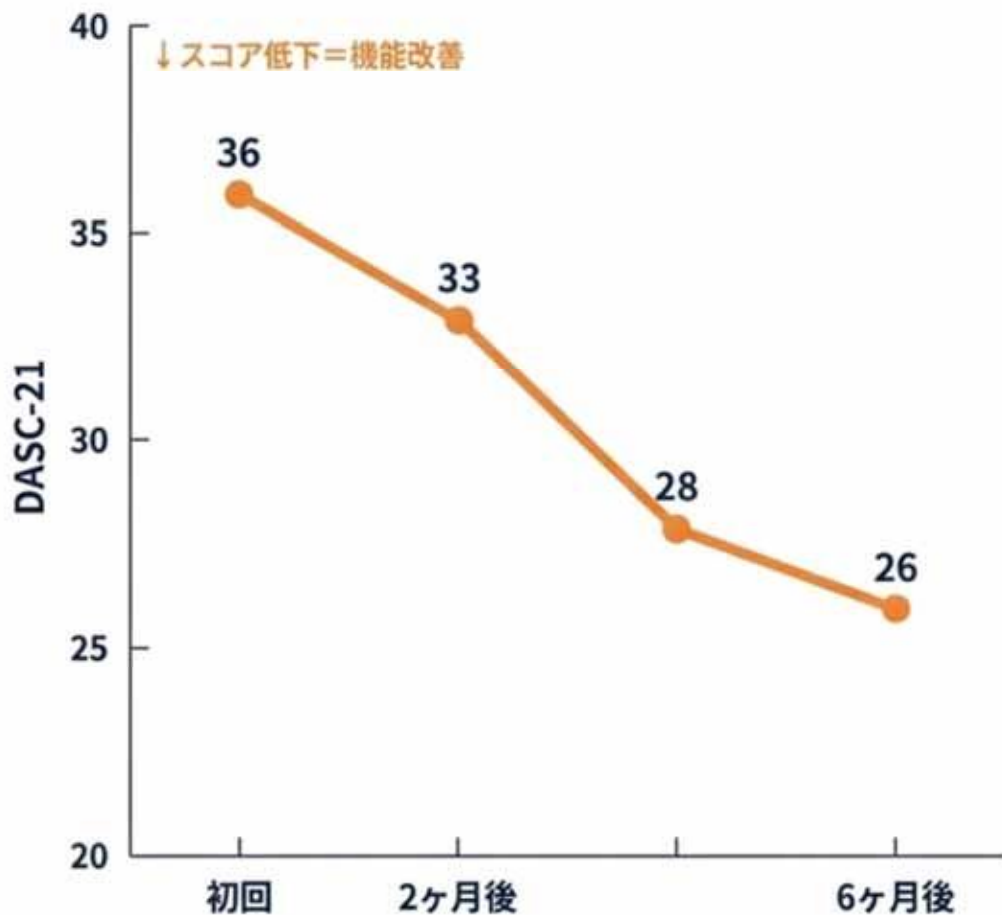


## 臨床症例報告：多様なプロセスを通じた生活機能の改善



- 対象者は介護保険未申請者からサービス利用者まで多様である。
- 本プロジェクトの有用性は、本人の意欲喚起、家族を巻き込んだ環境調整、そして重症化前の「ゆるやかな見守り」を継続的に行える点にある。
- 次項より、経時的なDASCスコアの推移を伴う4つの象徴的な改善事例を報告する。

## Case 1：継続的な生活機能の改善がみられた事例



71歳・女性 / 心筋梗塞既往 / 介護保険未申請 / 自宅閉じこもり

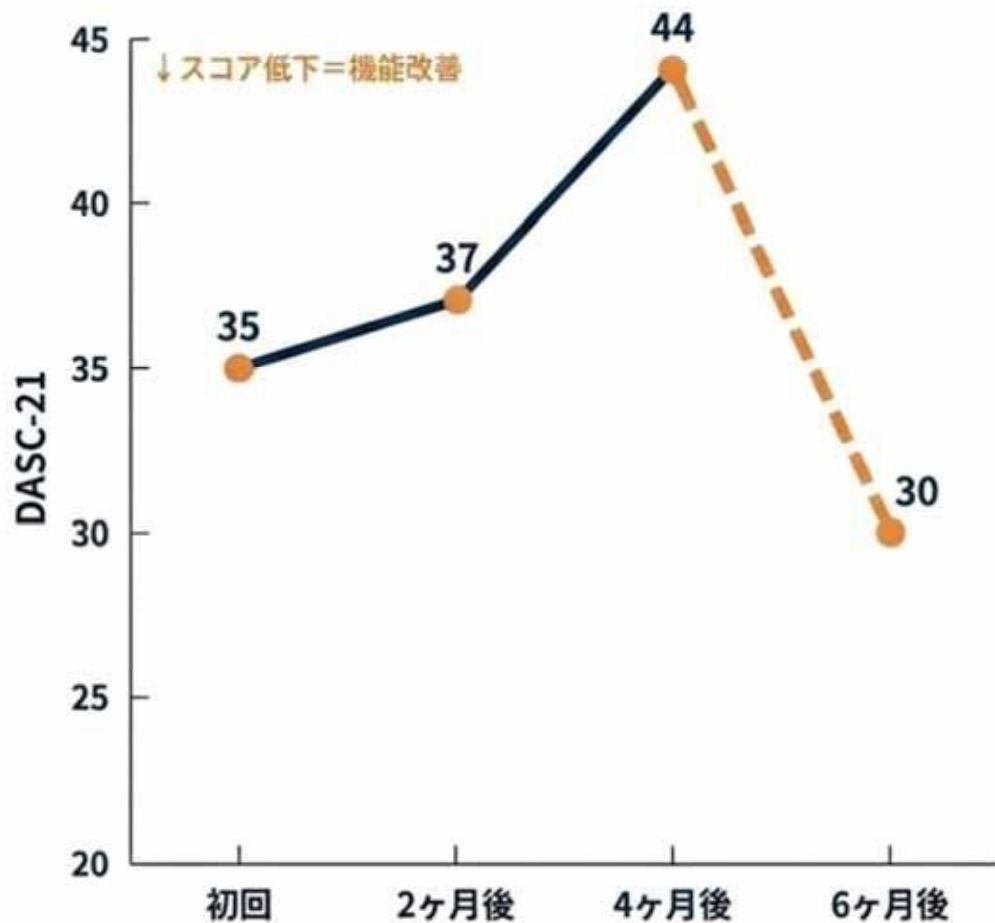
- ・初回 (36点) : 散歩、できる家事 (水道・電気の意識) を提案。
- ・2ヶ月後 (33点) : 歯科治療継続、ベランダ運動、教会への参加が定着。
- ・6ヶ月後 (26点) : 漢字・計算ドリルを追加実施。



### 【Outcome】

継続したセルフケア（環境調整と意欲喚起）により、DASCスコアが10点改善し、生活機能が向上。

## Case 2：サービス導入を機に劇的な改善がみられた事例



81歳・女性 / 脳梗塞（左半身麻痺） / 夫へ依存・閉じこもり

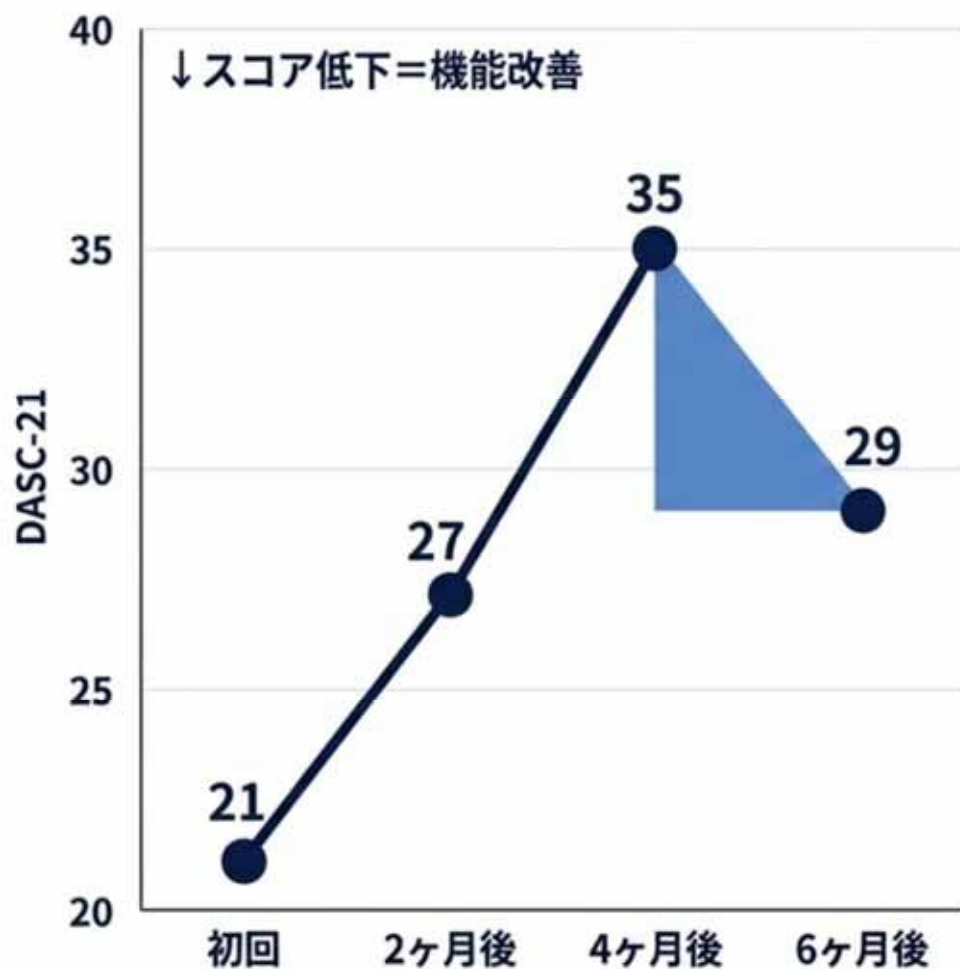
- ・初回（35点）：通所サービス（総合事業）の利用を開始。
- ・4ヶ月後（44点）：スコア悪化。物忘れ外来の受診へ繋ぐ。
- ・6ヶ月後（30点）：薬の飲み忘れが減少し、自己振り返りが可能に。



### 【Outcome】

医療介入と生活へのメリハリが連動。自身でできることが増加し、生活意欲が大きく向上。

### Case 3：重症化前からの「ゆるやかな見守り」が奏功した事例



92歳・男性 / 介護保険未申請 / 健康に自信（服薬なし）

- ・初回～2ヶ月後 (21→27点)：火の消し忘れ等が出現。
- ・4ヶ月後 (35点)：部屋が散乱し異臭。ヘルパー利用は「拒否」。定期的な見守りへシフト。
- ・6ヶ月後 (29点)：歩行が安定し生活がやや改善。



#### [Outcome]

サービス拒否があっても、重症化前からの関係性構築により、危機的状況を回避し生活を見守ることが可能となった。

## Case 4：医療連携と環境調整による複合的アプローチ事例

DASC-21

↓スコア低下=機能改善



85歳・女性  
認知機能低下・物とられ妄想  
食事・服薬管理不良

- ・初回（47点）：要支援1。認知機能低下による生活障害が顕著。
- ・2ヶ月後（39点）：【内服管理】薬の一包化を実施。  
【医療】物忘れ外来受診。  
【社会参加】食事会・サロンへの参加。
- ・6ヶ月後（39点）：全体的な生活機能の改善を維持。



### 【Outcome】

適切な医療連携（一包化・受診）とデイサービス外の社会参加を組み合わせることで、高スコアからの機能改善を実現。

# プロジェクトを進める実践フレームワーク

## 実践フレームワーク①：参加を促す「声かけ」の技術



### 対象者の関心に紐づける

「いつまでも自立した生活を送りたい」「他者に迷惑をかけたくない」という意向を持つ対象者を見逃さない。



### 家族をキーパーソンとする

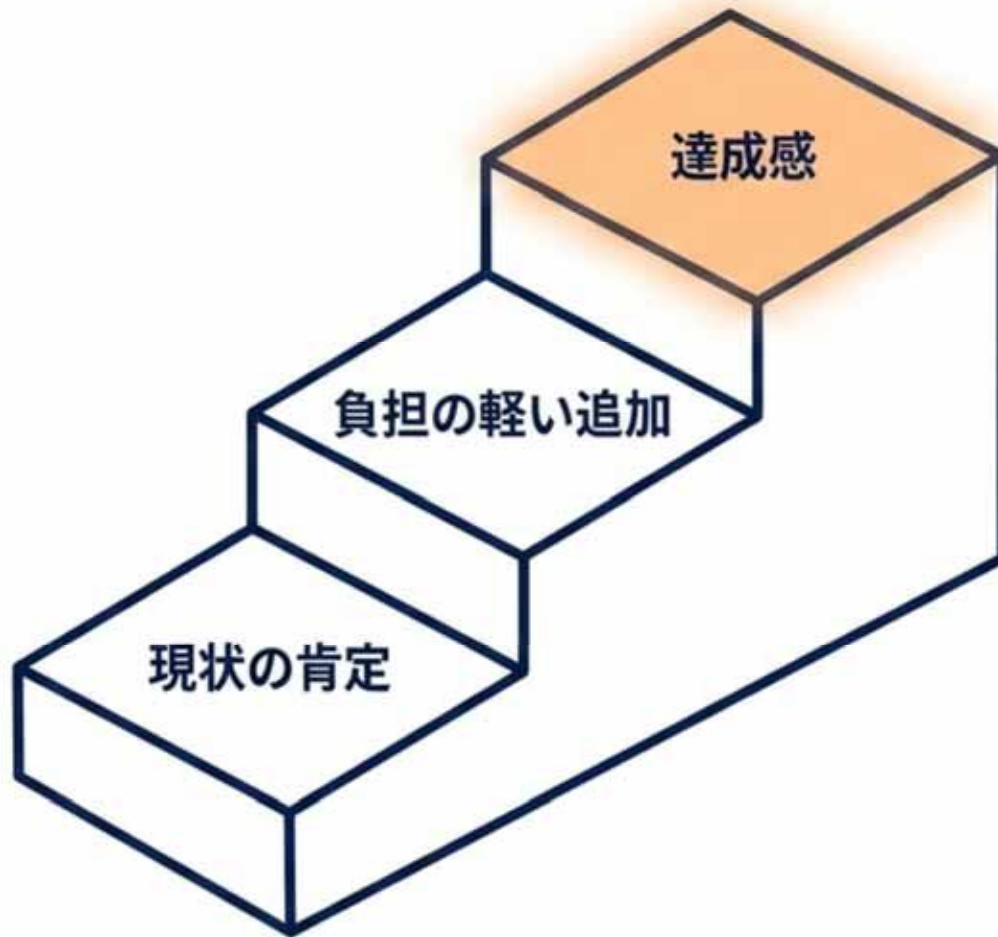
対象者本人だけでなく、協力的・心配している家族へアプローチを行う。



### 参加のメリットを具体的に提示する

- ・「他者の介入が刺激となり物忘れが改善した事例がある」
- ・「認知症以外の治療可能な疾患が見つかる場合がある」
- ・「今後のための健康診断として」とハードルを下げる。

## 実践フレームワーク②：継続可能な「セルフケア」の提案



### STEP 3：負担の極小化

- 経済的負担（教材費等）や身体的負担をかけず、日常の延長線上でできることを選定する。

### STEP 2: マイクロステップの付加

- 「簡単すぎず難しすぎない」課題を設定。  
「1日1回2階に上がる」「毎日新聞を取りに行く」など、確実な達成感を得られる目標にする。

### STEP 1: 強みの発見と称賛

- 現在できていること、過去の趣味を掘り起こし、まずは褒めることから始める。

## 実践フレームワーク③：心理的障壁を下げる「受診勧奨」



- **かかりつけ医をハブとする**  
突然の専門医受診を避け、まずは信頼関係のあるかかりつけ医からのアプローチを優先する。
- **DASC-21 31点以上の対応**  
本人同意のもと「受診同行」を推奨。専門職から直接医師へ情報提供を行う（鑑別診断の依頼）。
- **「現状把握」としての説得**  
薬を嫌がる対象者には、「治療」ではなく「検査だけで現在の状態を知るため」と目的を限定して説明する。

# 実践フレームワーク④：松戸市認知症チェックの積極的な活用

## Webベースの簡易チェックシステム

松戸市が導入しているシステム (fishbowlindex.net) は、2つの視点からリスクをスクリーニングする。

家族・周囲向け  
「これって認知症？」  
(客観的評価システム)



本人向け  
「わたしも認知症？」  
(主観的・自己評価システム)

【レベル1】  
自主的な予防継続



【レベル2】  
「脳活チャレンジ&ナビ」  
へ登録・参加  
(予防強化)



【レベル3】  
高齢者いきいき安心  
センター等へ相談  
(医療・介護連携)



① 実施  
住民が簡易チェックを  
実施 (Web/チラシ)

② 判定と接続

## 実践フレームワーク⑤：より多くの機関が気になる人をつなぐ

『少し気になる人』の情報を、DASC-21という共通言語に乗せて届ける分散型ネットワークへ。



# 『社会的処方』の実践：医療の問題から、地域で支える暮らしの問題へ

本人のセルフケアを支え、地域社会の資源へとつなぐ、まさに『社会的処方』の未来への設計図である。

## 過去 / 従来モデル



- 早期発見と継続介入の力:  
DASC-21による客観的評価と、専門職による伴走が、確実に認知機能（見当識・判断力）の維持・改善をもたらす。
- オーダーメイドのケア:  
画一的なサービス導入ではなく、セルフケア、見守り、医療連携の柔軟な組み合わせが鍵である。
- 「脳活チャレンジ&ナビ」の使命:  
地域包括ケアシステムの最前線として、高齢者が住み慣れた地域で尊厳をもって生活し続けられる「松戸モデル」を推進していく。

## 未来 / まつどモデル



「脳活チャレンジ&ナビ」の成功は、最前線にいる実施機関の皆様の「早期の気づき」と「継続的な伴走」に懸かっている。  
本事業は単なるアセスメントではなく、関係機関相互の連携を強固にするためのエコシステムである。  
一人ひとりの高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく安心・安全に生活し続けられる松戸市を共に実現していく。