

長崎県認知症高齢者等搜索協力・身元照会における 広域連絡調整事務取扱

1 趣旨

この事務取扱は、県内市町が、徘徊等により行方不明となった認知症の人及び認知症の疑いがある人（以下、「認知症高齢者等」という。）の搜索協力依頼、又は身元不明で保護した認知症高齢者等の身元照会を、都道府県や県内市町を介し広域的に行う際に必要な手続きを示すものである。

2 連絡窓口

(1) 県は、市町に対し、行方不明及び身元不明認知症高齢者に対する連絡調整事務を行う連絡窓口を毎年度当初に調査する。

市町は、連絡窓口や受領するメールアドレス等が変更になった場合、速やかに県に報告する。

(2) 県の連絡窓口は、長崎県福祉保健部長寿社会課地域包括ケア推進班とする。

電話：095-895-2434 FAX：095-895-2576

E-mail：chiikihoukatsu@pref.nagasaki.lg.jp

3 搜索・照会の依頼

(1) 市町は、家族や施設等関係者から認知症高齢者等が行方不明になった旨の連絡を受け、又は身元不明の認知症高齢者等を保護し、広域的な搜索協力・身元照会が必要と判断した場合、県に関係機関等への周知を依頼することができる。

なお、県を介さずに近隣市町に直接周知を依頼することも可能とする。

(2) 市町は、県又は近隣市町に情報周知を依頼する場合には、依頼する地域及び情報共有の範囲を指定した上、別紙参考様式1又は別紙参考様式2に必要な事項を記載し、電子メールにより県又は近隣市町に連絡窓口へ送付することとする。

(3) 情報周知が可能な地域は以下のとおりとする。

① 県内市町

② 九州・山口各県（山口県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県）

③ 九州・山口各県含めた全ての都道府県

なお、捜査協力・身元照会依頼をする場合は、依頼文書（別紙参考様式5-1、5-2）にて行うものとする。

(4) 市町は、情報共有の範囲及び方法を家族の意向等を踏まえ、同意を得たうえで参考様式1のとおり明確に指定すること。

なお、家族の同意は参考様式1-2により得るものとする。ただし、各市町で独自の同意書様式がある場合は、その利用を妨げない。

(情報提供の範囲) ※複数選択可

- ・ 県内市町
- ・ 近隣市町
- ・ 九州各県
- ・ 全都道府県

(情報提供の方法)

- ・ 行政機関(委託地域包括支援センターを含む)のみ
- ・ 各市町徘徊SOSネットワーク等
- ・ 一般住民含む不特定多数への公開(庁舎掲示やインターネット等による公開)

(5) 県又は近隣市町は、市町から依頼を受けた場合、速やかに指定された地域の連絡窓口等へ情報を周知する。

なお、必要に応じ県警本部に当該情報を提供できるものとする。

(6) 県及び市町は、情報の送付に際し、パスワードを設定する等個人情報の保護に十分留意するものとする。

(7) 県又は近隣市町から情報提供を受けた市町は、指定された情報共有の範囲に応じ、徘徊SOSネットワーク等地域における取組を活用し、関係機関等に対する当該情報の速やかな伝達に努めるものとする。

(8) 搜索協力及び身元照会の依頼の有効期間は、依頼時に特段の指定がない限り、依頼から概ね3か月間を原則とする。

4 搜索・照会の解除

(1) 県又は近隣市町へ周知依頼をした市町は、行方不明認知症高齢者等が発見された場合、又は保護された身元不明認知症高齢者等の身元が判明した場合等、事態が解決したときには、速やかに別紙参考様式3又は参考様式4を県又は近隣市町連絡窓口へ電子メールにより送付し、解除依頼を行わなければならない。

(2) 県又は近隣市町は、市町から解除依頼を受けた場合、速やかに周知した地域の連絡窓口へ解除を連絡するものとする。

5 都道府県からの周知依頼

(1) 県は、都道府県から認知症高齢者等の搜索協力又は身元照会について周

知依頼があった場合、指定された地域、情報共有の範囲、その他必要事項を確認の上、速やかに情報を周知する。

(2) 解除依頼の連絡があった場合も同様とする。

6 県ホームページへの掲載

(1) 市町は、県に対し3による指定地域への周知の依頼と併せ、身元不明認知症高齢者等について必要と判断した場合、特に公開する情報の範囲について個人情報保護条例等を踏まえて確認・考慮した上、長崎県ホームページの身元不明の認知症高齢者に関する情報提供に係るページ（以下「県HP」という。）への情報掲載を依頼することができる。

(2) 県は、別紙で定める掲載要件等に基づき、依頼市町及び県警本部と調整の上、県HPへの掲載の適否について決定する。

(3) 県HPに掲載された情報に係る一般県民等からの情報提供、問合せその他の対応については、依頼元市町が行うものとする。

(4) 市町は、事態が解決した場合は、4に準じて県に連絡するものとし、県は速やかに県HPから当該情報を削除するものとする。

7 その他

(1) 身元不明認知症高齢者等を保護した市町は、当該認知症高齢者等の身元が判明したとき及び保護した後に新たに身元につながる情報等が判明したときは、警察との積極的な情報共有を行うものとする。

(2) 本事務取扱に関して、記載しているもののほか、必要な事項は長寿社会課長が別に定める。

別紙

長崎県認知症高齢者等捜索協力・身元照会における広域連絡調整事務取扱
6(2)に定める要件

同意の有無等		掲載適否
本人の同意あり	(意志の表示がはっきりしている場合)	掲載を同意した項目について適
	(意志の表示が曖昧な場合)	市町が、個人の生命、身体又は財産を守るために必要と判断した場合に検討
本人の同意なし	(掲載を拒否した場合)	否
	(保護施設等が掲載を希望した場合)	市町が、個人の生命、身体又は財産を守るために必要と判断した場合に検討

情報提供シート

(参考様式1)

		県	市・町	整理番号	
() () () () () 発信)				(写真)	
〔所在不明者情報〕					
ふりがな:			生年		性別:
氏名:	年齢:	歳	月日:		
ふりがな:					
旧姓:					
住所:	(町丁名まで)				
所在不明発覚時間:	年	月	日	時 分 頃	
警察署へ届出時間:	年	月	日	時 分 頃	

(別紙可)

服装	上	
	下	
	履物	
	持ち物	
	その他	

身体的特徴	身長	cm	体重	kg
	体格			
	髪型			
	その他			

認知症の有無: 診断の有無:

徘徊歴の有無: 持病名:

本人自身で言える項目: 氏名⇒ 可 不可 住所⇒ 可 不可

情報提供の範囲: 県内市町村 九州各県 全都道府県

情報提供の方法: 行政機関のみ 一般住民含む不特定多数への公開 ネット上での公開

行方不明時の場所・状況等

本人の普段の様子

不明前の様子

その他(本人がよく通っていた場所や実家等)

発見した際の連絡先

※発見されましたら、この情報提供シートは、適宜、速やかに破棄して下さい。

参考様式1-2

個人情報に関する同意書

私は、（行方不明者の氏名）の発見のため、官公署、地域包括支援センター、その他行方不明者の発見に協力する団体（以下「官公署等」という。）に対して、表面の「情報提供シート」を提供することに同意します。
また、発見のために必要な場合については、官公署等が得た情報を相互に下記の範囲で情報提供することについても同意いたします。

令和 年 月 日

<行方不明者>

住 所

氏 名

<同意書記入者>

住 所

氏 名

○印

（行方不明者との続柄）

電話番号

緊急連絡

【情報提供をする範囲等】

情報提供の範囲		情報提供の方法	
	近隣市町（市町名：）		行政機関（委託地域包括支援センターを含む）のみ
	県内全市町		・各市町徘徊SOSネットワーク等
	九州各県		一般住民含む不特定多数への公開 （庁舎掲示やインターネット等による公開）
	全都道府県		

身元不明者照会依頼

下記の方を保護しています。ご協力よろしくお願ひいたします。

依頼日：令和 年 月 日

氏名（ふりがな）	
性別	男 ・ 女
生年月日（年齢）	
保護日時	令和 年 月 日 午前 ・ 午前 時 分頃
保護時の場所・状況	
特徴	【身長】 【体型】 【髪型】 【その他】
服装	【上】 【下】 【靴】 【その他】
持ち物	
特記事項	

【発信元、連絡先】

【電話】	【FAX】

写真

写真

情報提供シート(発見連絡)

(参考様式3)

					県		市・町	整理番号	
(発信)

【プルダウンより選択してください】

〔発見者情報〕

ふりがな:

氏名:

年齢:

歳

生年
月日:

性別:

発見された場所:

発見の時間:

年

月

日

時

分頃

その他

情報発信元

市・町

電話番号:

御協力ありがとうございました。

※確認されましたら、この情報提供シートは、適宜、速やかに破棄して下さい。

参考様式4

身元不明者照会解除依頼

下記の方の身元が判明しました。ご協力ありがとうございました。

解除日：令和 年 月 日

氏名（ふりがな）	
性別	男・女
依頼日	令和 年 月 日
身元判明の経緯等	

【発信元】

【電話】	【FAX】

第 号
令和 年 月 日

長崎県福祉保健部長寿社会課長 様

〇〇市（町）主管課長

行方不明認知症高齢者等に関する搜索協力について（依頼）

このことについて、別紙のとおり当市（町）において、認知症高齢者等が行方不明となりましたが、未だ発見に至っておりません。

つきましては、別紙のとおり関係機関への搜索協力についてご依頼いただきますとともに、心当たりの情報がございましたら、お知らせいただきますようよろしくお願いいたします。

〇〇市（町）主管課・班（係）

（担当）●●

郵便番号 住所

TEL

FAX

E-mail

第 号
令和 年 月 日

長崎県福祉保健部長寿社会課長 様

〇〇市（町）主管課長

身元不明認知症高齢者等に関する身元照会について（依頼）

このことについて、別紙のとおり当市（町）において、身元不明認知症高齢者等を保護しております。

つきましては、身元不明者の情報提供を求めたく、別紙のとおり関係機関へ身元の照会を依頼しますとともに、心当たりの情報がございましたら、お知らせいただきますようよろしくお願いいたします。

〇〇市（町）主管課・班（係）

（担当）●●

郵便番号 住所

TEL

FAX

E-mail