

高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、所在不明になるおそれのある認知症高齢者等を地域の支援を得て早期に発見することができるようにするため、関係機関の協力連携体制を構築することにより、高齢者の安全と家族等への支援を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「高齢者等見守り・SOSネットワーク事業」（以下「SOSネットワーク事業」という。）とは、認知症高齢者等がひとり歩きにより所在不明となった場合に、迅速な搜索に協力が得られる関係機関及び協力者等との連携によって、当該認知症高齢者等の早期発見を目的としたシステムのことをいう。

(実施機関等)

第3条 SOSネットワーク事業の実施機関は、高砂市（以下「市」という。）とする。ただし、業務の一部については、委託することができる。

2 SOSネットワーク事業の関係機関は、高砂警察署（以下「警察署」という。）、高砂市地域包括支援センター及び加古川健康福祉事務所とする。

3 SOSネットワーク事業の協力者等は、SOSネットワーク事業の趣旨を理解し、協力を申し出て登録をした事業者、団体及び住民等とする。

(対象者)

第4条 SOSネットワーク事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、市内に住所を有する者のうち、所在不明になるおそれがあるなど日常生活を営む上で常時注意が必要な状態にある者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) おおむね65歳以上の認知症高齢者

(2) その他市長が特に必要と認める者

(事業の内容)

第5条 SOSネットワーク事業の内容は、次に掲げるものとする。

(1) 対象者の事前登録の運用

(2) 実施機関、関係機関及び協力者等による緊急連絡体制及び支援体制の構築

(3) 所在不明時の搜索体制の構築

(4) 認知症高齢者等に対する近隣の協力者による日常的な見守り

(5) 実施機関及び協力者等による訓練の実施

(6) その他事業の普及啓発等

(事前登録)

第6条 SOSネットワーク事業による支援を希望する対象者又はその家族等は、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク登録届出書兼高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク登録届出書兼高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書の提出があった場合において、対象者として適当と認めたときは、当該対象者をSOSネットワーク事業に登録するもの（以下「登録者」という。）とし、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク登録通知書兼高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請結果通知書（様式第2号）により前項の規定による届出をした者（以下「届出者」という。）に通知するものとする。

3 市長は、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク登録届出書兼高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書の提出があったときは、その写しを交付することにより、登録者の情報を関係機関に対し通知することができる。

(登録変更・取消届)

第7条 届出者は、登録者について、次に掲げる事項に変更があったときは、速やかに、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク兼高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険（変更・脱退）届（様式第3号）を

市長に提出しなければならない。

- (1) 登録者の住所、氏名又は電話番号
 - (2) 登録者の身体の状態の大きな変化
 - (3) 緊急連絡先の者の氏名、住所又は電話番号
- (登録の取消し)

第8条 市長は、登録者が次の各号のいずれかに該当するときは、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク登録取消通知書兼高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険取消通知書（様式第4号）により登録の取消しを通知するものとする。

- (1) 対象者の要件に該当しなくなったとき。
 - (2) 登録の取消しの申出があったとき。
 - (3) その他市長が登録を必要でないと認めたとき。
- (協力者等の登録)

第9条 SOSネットワーク事業に協力しようとする者は、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワークメール等配信システムに登録するものとする。

- 2 SOSネットワーク事業に協力しようとする事業者及び団体は、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業協力事業者等登録届出書（様式第5号）を市長に提出しなければならない。
- (関係機関及び協力者等との連携等)

第10条 市長は、SOSネットワーク事業の業務について関係機関及び協力者等と密接な連携及び協力関係を保つとともに、登録者の所在不明時には、警察署と連携を図るものとする。

(所在不明時の措置)

第11条 登録者の所在が不明になったときは、登録者の親族、介護支援専門員、民生委員等（以下「関係者等」という。）は、所在不明による行方不明者届の届出（行方不明者発見活動に関する規則（平成21年国家公安委員会規則第13号）第6条に規定する届出をいう。（以下「行方不明者届の届出」という。）」を警察署に対し行うものとする。

- 2 警察署は、登録者について行方不明者届の届出を受けたときは、関係者等に対してSOSネットワーク事業の情報を提供することができる。
- 3 関係者等は、行方不明者届の届出を警察署に行ったときは、市長に支援を依頼することができる。
- 4 市長は、前項の規定により支援の依頼を受けたときは、SOSネットワーク事業を構成する関係機関及び協力者等に情報を提供し、支援を依頼するものとする。
- 5 市長は、登録者の発見等により支援の依頼が終結したときは、関係機関及び協力者等に対し、終結を報告するものとする。
- 6 第6条の規定による登録がされていない者について関係者等から所在不明の連絡があった場合は、同条第1項に規定する手続を行ったときに、当該登録がされた者として第4項に規定する対応ができるものとする。

(近隣の協力者の見守り)

第12条 近隣の協力者は、登録者について届出者による申出により、見守り活動を実施するものとする。

- 2 前項の規定による見守り活動は、協力者等に対し見守り義務を課すものではない。

(個人情報の取扱い)

第13条 SOSネットワーク事業の実施機関、関係機関及び協力者等は、SOSネットワーク事業に係る個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）の規定を遵守し、特に慎重に取り扱わなければならない。

(連絡会議)

第14条 市長は、SOSネットワーク事業を円滑に運営するため、必要に応じ実施機関、関係機関及び協力者等による連絡会議を開催することができる。

(市外の者への協力要請)

第15条 市長は、必要に応じ、他の市町村、都道府県その他市外の者に第11条に規定する所在不明時の措置について協力依頼をすることができる。

(補則)

第16条 この要綱に定めるもののほか、SOSネットワーク事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(表)

様式第1号 (第6条関係)

高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク登録届出書 兼
高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

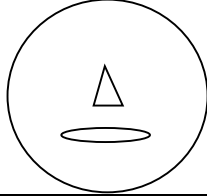
※登録番号	高砂()
※登録年月日	

届出日 年 月 日

高砂市長 様

高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり届け出ます。
また、高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

届出者 (同意者)	氏名		続柄	
	住所	〒		
	電話	自宅：() 携帯：()		

登録者(本人)の状況1	ふりがな			性別	男 ・ 女	
	氏名					
	生年月日	年 月 日 (歳)				
	住所	〒				
	居住地	自宅 ・ 自宅以外(居住地：)				
		同居の有無：有()・無				
	電話	()				
	特徴	要介護・要支援認定： 有 ・ 無 ・ 申請中				
		身長： cm		姿勢：		
		体重： kg		体格： 太め ・ ふつう ・ やせている		
		名前：言える ・ 言えない		眼鏡：なし・あり(色)		ヒゲ：なし・ あり
		頭髮：白・白髪交じり・黒・薄い・ほか()				
		身体的特徴		(例：ほくろの位置、傷痕の位置)		
		特記事項：出身地、前住所、行きつけの場所、持ち歩く物など				
注意事項	保護する際に注意してほしいこと、対応に注意してほしいことなど					
登録者(本人)の状況2	介護支援専門員	事業所名： (担当 様) 電話：()				
	かかりつけ医療機関等	医療機関名： (担当医 先生) 病名等： 電話：()				
	所在不明歴	・あり(発見場所：) ・なし				

(裏)

見守り希望	関係機関 ☐ 希望する ☐ 希望しない		
	近隣の協力者 ☐ 希望する ☐ 希望しない		
緊急連絡先 1	住所： 電話：()	氏名： 携帯電話：	続柄：
緊急連絡先 2	住所： 電話：()	氏名： 携帯電話：	続柄：
緊急連絡先 3	住所： 電話：()	氏名： 携帯電話：	続柄：

高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入について

加入希望	☐ 加入を希望する ☐ 加入を希望しない、加入要件に該当しない ・ 現在在宅で生活をしていますか。 ☐ はい ☐ いいえ
------	---

- 1 届出事項に変更や取消しの事由が生じた場合（特徴、寝たきり、転居、死亡など）は、速やかに、登録変更・取消届出書をご提出ください。
- 2 登録後は、必要に応じて登録内容の確認を行いますので、ご協力をお願いします。
- 3 この書面は、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業又は認知症個人賠償保険事業以外の目的に使用することはありません。
- 4 関係機関及び近隣の協力者による見守りについては、関係機関及び協力者ができる範囲での見守りとなり、義務を課すものではありませんのでご承知ください。
- 5 近隣の協力者による見守りを希望された方は、近隣の協力者への働きかけをお願いします。

【情報提供について】

上記事業の加入申請等にあたり、次に定めるとおり同意します。

- 1 登録情報について、関係機関に登録者（本人）の情報提供を行うことに同意します。また、近隣の協力者による見守りを希望した場合は、近隣の協力者に登録者の情報提供を行うことに同意します。
- 2 所在不明時において、登録者の関係者から支援の依頼があった場合は、高砂市高齢者等見守り・SOS ネットワーク事業の協力者等に対し、メール等により情報配信することに同意します。
- 3 この保険申請について加入要件や変更申請内容の確認のために必要がある住民基本台帳情報、要介護認定・要支援認定に係る調査結果、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の内容、介護保険の給付状況等に関する情報について市が確認することに同意します。
- 4 保険加入に必要な個人情報（氏名、性別、生年月日、住所及び連絡先）、保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と市が共有することに同意します。

高砂市長様

年 月 日

本人氏名

記入者

電話番号

本人との続柄

問合せ及び提出先 高砂市地域福祉課

電話 079-443-9026

登録者名:

※登録番号:高砂()

【写真1】

胸より上の写真を貼ってください。

撮影日： 年 月頃

【写真2】

全身写真を貼ってください。

撮影日： 年 月頃

- ・できる限り、最近撮影したものを貼ってください。
- ・本人の特徴が分かる写真を添付してください。
- ・※印欄は、記入しないでください。

第 号
年 月 日

（様登録分）
様

高砂市長



高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク登録通知書 兼
高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請結果通知書

下記のとおり高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業の対象者として登録するとともに、高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険の加入について決定しましたので通知します。

記

【高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業登録者】

1 対 象 者

2 登 録 番 号 高砂（ ）

3 登録年月日 年 月 日

【高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険について】

保険加入の可否	加入を認める ・ 加入を認めない
保 険 期 間	年 月 日 時 から 年 月 日 時
特 記 事 項	

高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク兼
高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険（変更・脱退）届

年 月 日

高砂市長 様

登録者 住 所 _____

氏 名 _____

届出者 氏 名 _____

（登録者との続柄： _____ 電話番号：（ ） _____ ）

次のとおり、届出事項等の変更・取消しをするので届け出ます。

1 届出区分

区分 （該当する項目に✓する）	☐ 登録内容の変更 →（1）に記入してください。 ☐ SOS ネットワーク及び個人賠償責任保険の脱退 →（2）に記入してください。 ☐ 個人賠償責任保険の脱退 ※SOS ネットワークだけを脱退することはできません →（2）に記入してください。
--------------------	--

（1）登録内容の変更 ※変更又は取消しに関係する事項のみ記入してください。

変更事項	区 分		変 更 前	変 更 後
	登 録 者	住 所		
		氏 名		
		電 話 番 号	（ ）	（ ）
		身体状況の 大きな変化		
	緊 急 連 絡 先	氏 名		
		住 所		
		電 話 番 号		
	そ の 他			
	変更年月日		年 月 日	
取 消 理 由				
取消年月日		年 月 日		

（2）脱退

脱退理由	☐ 転出（転出日： _____） ☐ 死亡（死亡日： _____） ☐ 入院・入所（異動日： _____） ☐ その他（ _____）
------	--

第 号
年 月 日

（ 様登録分）
様

高砂市長



高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク登録取消通知書兼
高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険取消通知書

高砂市高齢者等見守り・SOSネットワークへの登録・高砂市認知症高齢者等個人賠償責任保険について、下記の理由により登録を取り消しましたので通知します。

記

1 登録取消年月日 年 月 日

2 取 消 理 由

(表)

様式第5号(第9条関係)

高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業協力事業者等登録届出書

年 月 日

高砂市長 様

所在地

名称

代表者氏名

届出者氏名

高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業の趣旨に賛同し、協力したいので、高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり届け出ます。

名 称			
代表者氏名			
所在地	〒		
E-mail			
電話番号		FAX 番号	
担当者職氏名	職名： 氏名：		
協力依頼時の連絡方法	☐ E-mail ☐ FAX		
協力事業者として掲載の希望	☐ 有 ☐ 無		
備考			

(裏)

高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業に係る
個人情報に関する誓約書

高砂市長 様

- 1 この事業を通して得た情報については、目的以外に使用しません。
- 2 この事業を通して得た情報については、取扱いに十分注意します。
- 3 この事業を通して得た情報は、事業者又は団体内でのみ共有し、第三者に提供することのないよう十分注意します。
- 4 必要がなくなった情報については、責任を持って速やかに廃棄します。
- 5 高砂市高齢者等見守り・SOSネットワーク事業実施要綱を十分に理解しました。

年 月 日

名称 _____

代表者氏名 _____