

認知症高齢者等支援対象者情報提供要領の制定について

この度、別記のとおり認知症高齢者等支援対象者情報提供要領を制定し、平成29年4月17日から実施することとしたので、適切な運用に努められたい。

なお、「認知症高齢者等支援対象者情報提供要領の制定について」（平成28年12月20日一般（生総）第653号）は、平成29年4月16日限り廃止する。

別記

認知症高齢者等支援対象者情報提供要領

1 趣旨

この要領は、認知症高齢者等支援の対象となる者（以下「支援対象者」という。）を取り扱った場合において、当該支援対象者が居住する市区町村（以下「居住先市区町村」という。）に対して行う当該支援対象者に係る情報（以下「支援対象者情報」という。）の提供に関し必要な事項を定めるものとする。

2 定義

この要領において、次に掲げる用語の意義は、それぞれに定めるところによる。

- (1) 認知症高齢者 認知症である65歳以上の者をいう。
- (2) 認知症高齢者等 認知症高齢者及び認知症の疑いのある65歳以上の者並びに認知症である又はその疑いのある65歳未満の者をいう。
- (3) 認知症高齢者等支援 市区町村が認知症高齢者等を対象に実施する次に掲げる支援をいう。
 - ア 生活相談に関する支援
 - イ 厚生労働省が示す認知症に係る総合的な支援事業に基づく支援
 - ウ 行政サービス等の情報提供その他の支援（前記ア又はイに該当するものを除く。）

3 支援対象者

支援対象者は、警察署において、保護又は行方不明事案等として取り扱った認知症高齢者等（警察官職務執行法（昭和23年法律第136号）第3条第1項第1号の規定に基づく保護の対象となる精神錯乱のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者で、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第23条の規定に基づく通報の対象となるもの及び大阪府警察要保護者保護規程（昭和36年訓令第24号）第13条に基づき引き継いだ者を除く。）のうち、大阪府内に居住する者とする。

4 提供の要領

警察署長は、支援対象者を取り扱った場合は、次により措置するものとする。

- (1) 支援対象者又はその家族に対し、認知症高齢者等支援の制度及びその内容について教示するとともに、当該支援対象者又はその家族が認知症高齢者等支援を受けることを希望する場合は、居住先市区町村への支援対象者情報の提供の可否を当該支援対象者又はその家族に確認するものとする。
- (2) 前記(1)により確認した結果、支援対象者情報の提供の同意が得られた場合は、支援対象者情報提供書（別記様式）を作成するとともに、支援対象者に係る保護又は行方不明者事案等の概要を、月曜日から金曜日まで（国民の祝日に関する法律（平成23年法律第178号）に規定する休日及び12月29日から翌年の1月3日までの日（同法に規定する休日を除く。）を除く。）の午前9時から午後5時30分までの間（以下「引継可能日時」という。）に、速やかに居住先市区町村に電話で通知する。
- (3) 前記(2)により通知した場合は、速やかに、支援対象者情報提供書を居住先市区町村に通送により送付するものとする。

5 留意事項

- (1) 支援対象者又はその家族の同意の意思が明らかでない場合は、支援対象者情報の提供は行わないこと。
- (2) 支援対象者情報の提供の適否に関し疑義が生じた場合は、居住先市区町村（引継可能日時以外の執務時間内にあつては生活安全総務課、執務時間外にあつては生活安全当直）に支援対象者情報の提供の適否を確認すること。

長 殿

大阪府 警察署長

支援対象事案情報提供書

次のとおり支援対象事案がありましたので、当該事案に係る情報を提供します。

番 号 等	取扱警察署	警察署	年 第	号
情報提供 同意者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（続柄 ）			
	住居地			
	フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
	年 齢	歳 （ 年 月 日生）		
	電 話	(自宅) (携帯)		
支援対象者 〔同意が本人 の場合は省 略可能〕	住居地			
	フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
	年 齢	歳 （ 年 月 日生）		
	掛かり付け病院	無 ・ 有（病院等名称： ）		
	家族構成			
	電 話	(自宅) (携帯)		
認知日時	年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分			
認知場所				
認知種別	<input type="checkbox"/> 保護 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事案取扱 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
症 状	<input type="checkbox"/> 住所、氏名、生年月日等言えず <input type="checkbox"/> 会話不成立 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 虚言妄想 <input type="checkbox"/> 迷子徘徊 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
希望する認知症高齢者等支援の内容等				
配注意事項等				

注：1 宛先は、支援対象者の住居地の市区町村の長（当該市区町村の長が、支援対象者情報の受理等の業務を外部に委託をしている場合には当該委託先）とすること。
 2 各欄の□については、該当する項目にレ印を付けること。
 3 希望する認知症高齢者等支援の内容等欄については、支援対象者又はその家族が希望する居住先市区町村からの認知症高齢者等支援の内容について記載すること。