

-昭島市認知症高齢者等探索サービス-

利用のご案内



昭島市 保健福祉部 介護福祉課 地域包括ケア推進係

電話 042-544-5111 (内線: 2148・2149)

(令和6年4月現在)

認知症高齢者等探索サービス利用のご案内

対象となる方

次の2つの項目をどちらも満たす方を介護するご家族の方が対象となります。

- ・昭島市内で在宅生活をしている40歳以上の方
- ・認知症状により一人歩きが見られる方

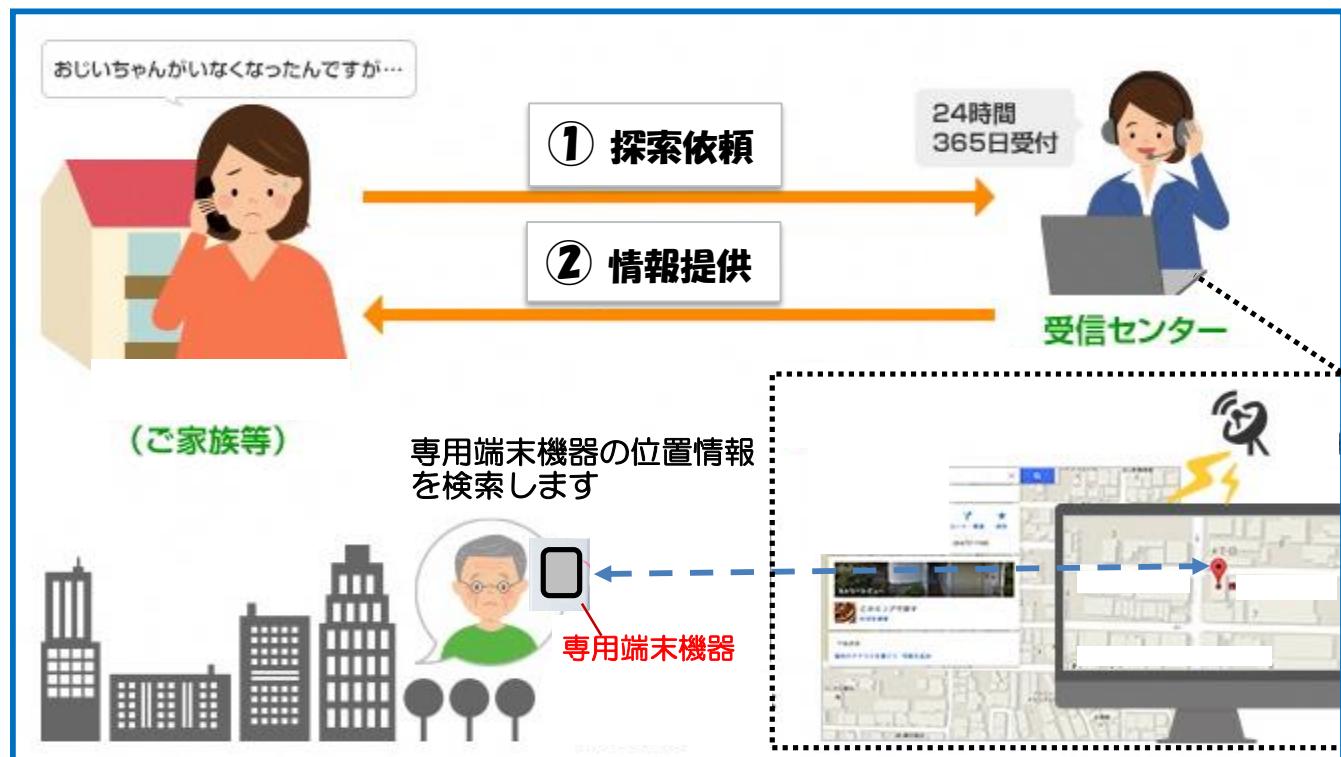
ただし、GPS通信網を用いた専用端末機器を利用しますので、ペースメーカーを装着されている方はご利用になれません。

サービスのしくみ

位置情報サービス事業

GPS通信を利用した専用端末機器を貸し出すことで、認知症の方が一人歩きにより行方が分からなくなった時に、ご家族等の問い合わせに応じ、市の委託を受けた事業者が対象者の現在位置（専用端末機器の位置）を探索し、位置情報をご家族に提供します。

ただし対象者が専用端末機器を持っていることが探索の条件になります。



☆登録を行うことにより、ご家族等のパソコンやスマートフォンから専用端末機器の位置情報を検索することも可能です。

ご利用までの流れ

① 申請

昭島市役所介護福祉課地域包括ケア推進係または、最寄の地域包括支援センターへ「認知症高齢者等探索サービス事業利用申請書」を提出します。



② 決定

申請内容を審査し、問題がなければ決定通知書が届きます。



③-1 サービス登録（SECOMの場合）

貸与を希望した機器の事業者がご自宅まで伺いますので、そこで機器の使い方やサービス登録、利用料の支払い方法（口座引き落とし）の手続きを行ってください。



*サービス登録時に必要なもの

- (1) 介護者であるご家族の印鑑
- (2) 最近撮影されたご本人の全身と顔の写真
- (3) 利用料金引き落とし口座の確認できるものと口座届出印

③-2 サービス登録（ホームネットの場合）

事業者より機器、充電器、使い方の説明書及び利用料の支払に関する書類がご自宅に発送されますので、内容確認の後に利用料の支払手続きを郵送にて行ってください。



④ 利用

ご自宅に機器が届き次第、実際に機器をご利用いただけます。

* * お問い合わせ先 *

昭島市 保健福祉部 介護福祉課 地域包括ケア推進係
TEL 042-544-5111 (内線2148・2149)
FAX 042-546-8855

専用端末機器のご案内

以下、2種類の機器のいずれかを選択することができます。

① ココセコム (SECOM)

区分		金額	
料金	初回登録料金	4,500円+税（昭島市が負担）	
	月額基本料金	1,200円+税	
	位置情報提供料金 ※どちらか選択	電話での問い合わせ 1回 200円+税	
	充電器 ※どちらか選択	Aセット（標準充電器） 2,500円+税	
	Bセット (バッテリー充電器・予備バッテリー)		5,900円+税
	オプションサービス	現場急行 10,000円+税 (1回1時間あたり)	
	その他	バッテリー交換費用 2,100円+税 (送料等含む)	
性能	連続動作時間	最大350時間	
	大きさ・重さ	縦84mm*横46mm*幅16mm 重さ67g	



② あんしんエスコート (ホームネット)

区分		金額
料金	初回登録料金	5,000円+税（昭島市が負担）
	月額基本料金	2,000円+税 (定額制：位置情報提供料金を含む。)
	オプションサービス	GPS端末を収納できる専用の靴 9,000円+税 サイズ：22.0～27.0cm (0.5cmは無し) 横幅：3E
	充電器	ACアダプタおよびUSBコードを無償貸与します。 紛失・故意による破損の場合は、ACアダプタ1,000円+税、 USBコード800円+税をお支払いいただきます。
	付帯機能	タイマー通知・エリア通知・ブザー機能
性能	連続動作時間	約400時間 (ディープスリープモード2440時間)
	大きさ・重さ	縦47.5mm*横38.5mm*幅11.85mm 重さ30g

昭島市地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢の方やそのご家族から、介護や健康、福祉、医療、生活などに関する様々な悩みや相談を応じています。必要に応じて様々な公的なサービスが受けられるよう、関係機関との調整や各種手続きのサポートも行っています。

昭島市認知症高齢者等探索サービスの利用についても、こちらでも申請可能です。

※お住まいの地域で担当する地域包括支援センターが異なります。ご相談の際はご確認のうえご来館ください。



相談日：月曜日～土曜日
(日・祝・年末年始を除く)
相談時間：午前9時～午後6時

第1号様式（第4条関係）

令和〇年〇月〇日

(宛先) 昭島市長

住 所 昭島市昭和町××-××-×
申 請 者 氏 名 昭島花子
(機器携帯者との続柄 妻)

認知症高齢者等探索サービス事業 利用申請書

昭島市認知症高齢者等探索サービス事業実施要綱第4条の規定により、認知症高齢者等探索サービス事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

機器携帯者	フリガナ 氏名	アキシマ 昭島 太郎	生年月日	昭和17年4月30日	
	住所	昭島市昭和町××-××-×			
	連絡先	(連絡先電話番号 : 042-544-○○○○)			
申請の理由	昼間散歩中に道に迷って、帰れなくなることが増えてきたため。 (利用するサービス : ココセコム (SECOM))				
機器携帯者の 家族状況	氏名	続柄	住 所 ・ 連 絡 先		
	昭島花子	妻	昭島市昭和町××-××-×		
	昭島小太郎	長男	(連絡先電話番号 : 042-544-○○○○)		
			(連絡先電話番号 :)		

※昭島市認知症高齢者等位置情報サービス利用料金の免除を受けたいので、生活保護受給者であることを生活保護システム等で確認することに同意します。

※昭島市以外で生活保護を受給している場合は、生活保護実施機関の発行した保護受給証明書を提出します。

氏名 昭島太郎

第1号様式（第4条関係）

年　月　日

(宛先) 昭島市長

住 所

申 請 者 氏 名

(機器携帯者との続柄)

)

認知症高齢者等探索サービス事業 利用申請書

昭島市認知症高齢者等探索サービス事業実施要綱第4条の規定により、認知症高齢者等探索サービス事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

機器携帯者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所 連絡先		介護保険 認定区分	
申請の理由	(利用するサービス :)			
機器携帯者の 家族状況	氏名	続柄	住 所 ・ 連 絡 先	
			(連絡先電話番号 :)	
			(連絡先電話番号 :)	
			(連絡先電話番号 :)	

※昭島市認知症高齢者等位置情報サービス利用料金の免除を受けたいので、生活保護受給者であることを生活保護システム等で確認することに同意します。

※昭島市以外で生活保護を受給している場合は、生活保護実施機関の発行した保護受給証明書を提出します。

氏 名
