

新潟市キャラバン・メイト 活動の手引き



2024年4月

1. キャラバン・メイトとは

キャラバン・メイトとは、自治体事務局等と協働して地域・企業・学校などで認知症サポーターの育成を担うボランティアです。

【期待される役割】

- (1) 認知症サポーター養成講座の講師を務め、認知症サポーターの育成を担う

(※最低年3回以上、講座を開催してください)

- (2) 「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」に向け、関係機関等への働きかけ、協力・連携体制づくり、ネットワーク化を推進し、地域のリーダー役を担う

参考 全国キャラバン・メイト連絡協議会

全国キャラバン・メイト連絡協議会は、自治体等と一緒にキャラバン・メイトを養成するとともに、「認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学びみんなで考える」を配布しています。

サポーター養成講座は、標準教材に沿って行う必要があります。

また、同協議会は全国のキャラバン・メイトや認知症サポーターの養成数を把握するなど、本部機能を担っており、サポーター養成講座の開催前後には、キャラバン・メイトにご提出頂く開催計画表・実施報告書を基に事務局が講座の内容等を同協議会へ登録しています。

2. 認知症サポーター養成講座の開催について

下記の2つのパターンのいずれかで講座を開催して頂きます。

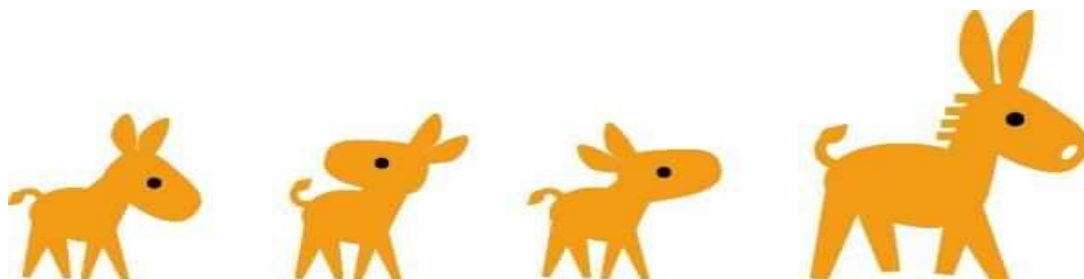
- (1) 地域住民・企業・学校等を対象に、自ら講座を企画・開催する自主開催の場合（※所属団体での開催は、自主開催とみなします）
- (2) 新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局（新潟県介護福祉士会）に開催申し込みがあった団体に対し、事務局からの依頼により講師を務める場合

3. 認知症サポーター養成講座の対象者

新潟市内の地域住民・企業・学校等において、認知症の人と家族の理解者として地域で支えあおうとする意欲を持つ人（団体・グループ）

※原則10人以上の団体・グループが対象です。

※介護サービス事業所がその従事者に対して実施する研修（職員研修）は、認知症サポーター養成講座として位置付けることはできません（「認知症サポーターキャラバン」は一般の住民等を対象として、認知症についての正しい知識の普及啓発を目標とする事業であるため）。



4. 認知症サポーター養成講座開催の流れ

	自主開催	事務局からの依頼	備考
①	キャラバン・メイトは、開催申込書・開催計画表を提出	事務局は主催団体より開催申込書を受理	開催申込書は開催希望日の30日前までに提出
		↓	
②		事務局担当者からキャラバン・メイトに講師を依頼	
		↓	
③		講師決定	決定後、キャラバン・メイトは主催者との打ち合わせを行う
		↓	
④		キャラバン・メイトは開催計画表を提出	開催計画表は、原則開催2週間前までに提出
	↓		
⑤	キャラバン・メイトまたは主催者は必要な教材・グッズ・チラシ類を受け取る（送付または事務局にて受け取り）	開催計画表にて教材等の受け取り方法と送付先を指定	
	↓		
⑥	認知症サポーター養成講座を開催	キャラバン・メイトは、主催者の指定する会場に出向いて講義を行う	
	↓		
⑦	キャラバン・メイトは実施報告書を提出 余剰の教材・グッズを返却	開催後、2週間以内に提出・返却する	

- 書類の提出及び教材等の返却は新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局です（連絡先等は9ページをご参照ください）。
- 協議会への計画表・報告書の登録、講師の調整、教材・グッズの発注・送付に掛かる期間等の都合により、書類の提出については備考欄に記載の期限にご留意ください。

5. 養成講座の開催に必要な書類について

キャラバン・メイトの皆様にご講師をお務め頂く際、下記書類の提出が必要です。

- (1) 開催申込書 **別紙1** →自主開催の場合、開催30日前までにご提出ください
- (2) 開催計画表 **別紙2** →原則、開催2週間前までにご提出ください
- (3) 実施報告書 **別紙3** →原則、開催後2週間以内にご提出ください

※必要書類は、新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局（新潟県介護福祉士会）にお問い合わせいただくか、同事務局のホームページ内に掲載の様式をダウンロードし、ご利用ください。

【提出先】新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局

6. 養成講座で使用する教材・グッズ・チラシについて

(1) 教材

全国キャラバン・メイト連絡協議会作成の「認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学びみんなで考える」を基本とします。

※小学生・中学生向けに、同協議会より「認知症サポーター小学生養成講座副読本 認知症ってなあに?」「認知症サポーター中学生養成講座副読本 認知症を知ろう」も発行されています。対象に合わせて、ご使用ください。

(2) オレンジリング

認知症サポーター養成講座を受講し、認知症サポーターとなった人にサポーターの証「オレンジリング」を渡しています。

(3) DVD

「認知症サポーター100万人キャラバン」のほか、「金融機関編」「スーパーマーケット編」「マンション編」「交通機関編」「訪問業務編」のDVDを貸し出しています（数に限りがあります）。

(4) チラシ

認知症サポーター養成講座では、下記2点のチラシを受講者に配布ください。

- 1) 「新潟市からのお知らせ」 **別紙4**
- 2) 「介護する人にやさしい社会へ」 **別紙5** (介護マークを周知するチラシ)

※以上(1)～(4)の教材等は原則、新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局より送付あるいは直接受渡しにて担当キャラバン・メイトまたは主催者にお渡しいたします。

※独自配布資料について

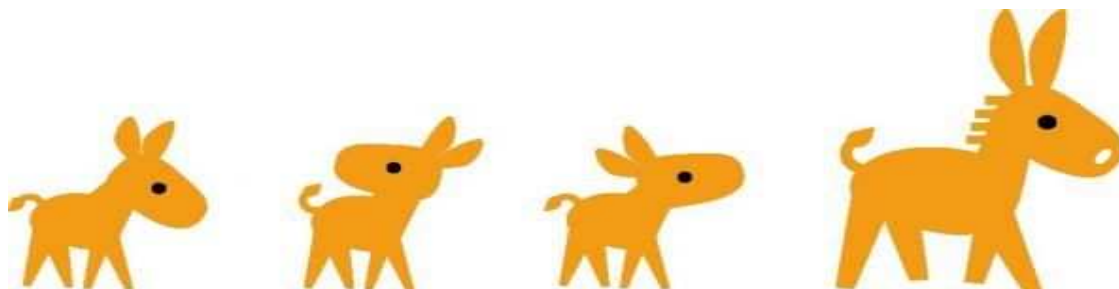
- 1) 必要に応じて、ご自身でテキストを補完する資料を作成・配布頂くことも可能です。その際は、標準教材の内容を逸脱しないようご注意ください。
- 2) 印刷等の配布準備は、原則キャラバン・メイトご自身で行ってください。

【注意！】

- (1)～(3)の教材・グッズは、認知症サポーター養成講座のみでの使用・配布が認められています。講座を受講していない人への配布、講座以外での使用はできません。
- 講座開催時、開催を主催する事業者や、キャラバン・メイトの所属する介護保険事業所、介護保険施設等の宣伝行為は、一切禁じられています。

参考「認知症サポーターステッカー」と「ロバ隊長ぬいぐるみ」について

- 新潟県では、認知症サポーター養成講座を受講した団体を対象に、認知症サポーターがいることを示す「認知症サポーターステッカー」と「ロバ隊長のぬいぐるみ」を交付しています **別紙6-1、6-2、6-3**。講座開催の際に主催団体へお伝えください。
- 交付申請書は、県ホームページや新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局にあります。申し込み先は、新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局です（県に直接申込みではありません）のでご注意ください。



7. 認知症サポーター養成講座のカリキュラムと時間配分について

(1) 標準教材に沿った内容で構成してください

- 1) 上記にご留意の上、対象者に応じた工夫を加えた構成とします。
例：認知症の人への対応について、ロールプレイング・寸劇等の手法を取り入れる、対象者に応じてより身近な題材を用いて伝える 等

(2) 講座時間の基本は90分です

- 1) 認知症を正しく理解した上で、日常生活や各種活動、または業務等を通して認知症の人と接し、ともに活動するための心得を学ぶためには、90分程度の時間が必要です。
- 2) 受講対象者が90分の講座を受けることが難しいやむを得ない場合（「高齢者のみのグループで体力的に難しい」等）に限り、60分以上で構成してください。
- 3) 小中学校の授業で実施する場合は、授業の1コマ（45分または50分）で行うことができます。

【注意！】

- 「業務の都合」「時間を取れない」等は「やむを得ない場合」には当たりません。これらの理由により、講座時間を短縮することがないようにお願いいたします。

8. 開催経費について

開催に係る以下の経費については、原則として新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局が負担します。

(1) 教材費

- 1) 標準教材、小・中学生用教材、オレンジリング、チラシ2種類は新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局から提供します。
- 2) DVDは事務局から無料で貸出します。

(2) 会場費

可能な限り、無料の公共施設をご利用ください。

上記以外の場合、事前に事務局にご相談ください。

※団体主催の会場費は対象外です（開催団体に会場をご用意頂きます）。

(3) キャラバン・メイトへの謝礼

- 1) 報償費として、講座1回あたり2,000円/名を支給（源泉徴収対象）。1講座につき、2名まで支給できます。
- 2) キャラバン・メイトが、市職員・地域包括支援センター職員の場合は対象外です（業務の一環とみなします）。市や地域包括支援センター職員と、一般のキャラバン・メイトが協働で講座を開催する場合、一般のキャラバン・メイトは謝礼支給対象となります。
- 3) 謝礼の支給には、実施報告書**別紙3**と個人番号利用目的通知書、口座振替依頼書の提出が必要です。（提出先：新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局）

○個人番号利用目的通知書及び所定の添付書類 **別紙7**

一度ご提出頂ければ、その後の提出は不要です。

○口座振替依頼書別紙 個人用：**別紙8**

法人用：**別紙9**

一度ご提出頂ければ、変更が無い限りその後の提出は不要です。
(変更がある場合、その都度ご提出ください)

※書類は、新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局にお問い合わせ頂くか、同事務局のホームページ内に掲載の様式をダウンロードし、ご利用ください。

9. キャラバン・メイトの登録情報変更と登録削除について

(1) 登録情報変更

- 1) キャラバン・メイトの登録情報（氏名・連絡先住所・電話番号等）に変更が生じた場合や、転居・転職等に伴い、所属自治体を新潟市以外に変更する場合「キャラバン・メイト情報変更届出書」**別紙10**に変更内容を記載のうえ、郵送またはFAX、電子メールにて、新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局へご連絡ください。
- 2) 所属自治体を変更する場合、異動先の自治体へは全国キャラバン・メイト連絡協議会からお知らせします。

※登録情報は、講師依頼・研修案内等に欠かせない情報ですので、変更があった際には必ずお知らせください。

(2) 登録削除

- 1) キャラバン・メイトとして活動できなくなった場合、「キャラバン・メイト登録削除届」**別紙11**に記載のうえ、郵送にて認知症サポーターキャラバン事業事務局へご提出ください。
- 2) 削除届提出後は、キャラバン・メイトとしての再登録やキャラバン・メイト養成研修の再受講はできません。

※書類（別紙10と別紙11）は、新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局にお問い合わせ頂くか、新潟市公式ホームページ内「キャラバン・メイトのみなさまへ」に掲載の様式をダウンロードし、ご利用ください。

新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 所在地・連絡先

※書類の提出窓口は新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局です。

事務局

〒950-0994 新潟市中央区上所2丁目2番2号
新潟ユニゾンプラザ3階
新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
(新潟県介護福祉士会)
電話： 025-281-5531
FAX： 025-281-7710
E-mail： kaigo@sage.ocn.ne.jp

様式 1

認知症サポーター養成講座開催申込書

別紙 1

申込み日 令和 年 月 日

申込団体名		
住 所 (資料送付先)		
ご担当者		
連絡先電話番号		
連絡先 Fax		
連絡先 E-mail		
受講団体 (受講者)		
開催希望日時	第1希望	令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	第2希望	令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
予定会場	会場名	
	住所	新潟市 区
	電話番号	
	設備	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン
受講予定人数	人	
一般参加の 可否について	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ※可の場合、日時・会場・内容の他、申込みの要否・申込み（問い合わせ）先・一般参加可能な人数と駐車場の有無を新潟市のホームページに掲載させていただきますので、下欄もご記入ください。	
	申込み <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 申込み（問い合わせ）先： 電話； _____ Fax； _____ E-mail； _____ 一般参加可能な人数： 人 会場駐車場： <input type="checkbox"/> 有（ 台程度） <input type="checkbox"/> 無	
備考		

- 1 開催の30日前までに提出してください。
- 2 講師の都合や予算執行状況等により、希望の日時に添えないことがあります。
- 3 会場については、申込者が確保することとしますが、上記理由により日時が変更される場合もありますので、変更の際の会場確保についてもお願いいたします。
- 4 一般参加の対象者について、特に条件等がある場合は備考欄へ記入してください。
【例】「〇〇地域の方限定」、「20歳代、30歳代の方のみ」等
- 5 この申込書は、認知症サポーター養成講座実施に係ること以外の目的には使用いたしません。
- 6 この申込書は、Fax・郵送・E-mailのいずれかの方法でご提出ください。

様式 1

認知症サポーター養成講座開催申込書

別紙 1 記載例

申込み日 令和 ● 年 5月20日

申込団体名	○×自治会	
住所 (資料送付先)	〒●●●●-●●●● 新潟市△区○×3丁目0-0	
ご担当者	新潟 太郎	
連絡先電話番号	025-○○○-○○○○	
連絡先 Fax	同上	
連絡先 E-mail	×××@○○○○	
受講団体 (受講者)	○×自治会役員、青年部及び希望者	
開催希望日時	第1希望	令和 ● 年6月30日 (土) 10時00分から11時30分まで
	第2希望	令和 ● 年7月6日 (土) 10時00分から11時30分まで
予定会場	会場名	○×自治会 集会所
	住所	新潟市△ 区○×4丁目00-0
	電話番号	025-○○○-○○●●
	設備	<input checked="" type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> ビデオ <input checked="" type="checkbox"/> プロジェクター <input checked="" type="checkbox"/> パソコン
受講予定人数	30 人	
一般参加の 可否について	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ※可の場合、日時・会場・内容の他、申込みの要否・申込み (問い合わせ) 先・一般参加可能な人数と駐車場の有無を新潟市のホームページに掲載させていただきますので、下欄もご記入ください。	
	申込み <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 申込み (問い合わせ) 先: 電話; 025-○○○-○○○○ Fax; 同上 E-mail; ×××@○○○○ 一般参加可能な人数: 10 人 会場駐車場: <input checked="" type="checkbox"/> 有 (15台程度) <input type="checkbox"/> 無	
備考		

- 1 開催の30日前までに提出してください。
- 2 講師の都合や予算執行状況等により、希望の日時に添えないことがあります。
- 3 会場については、申込者が確保することとしますが、上記理由により日時が変更される場合もありますので、変更の際の会場確保についてもお願いいたします。
- 4 一般参加の対象者について、特に条件等がある場合は備考欄へ記入してください。
【例】「○○地域の方限定」、「20歳代、30歳代の方のみ」等
- 5 この申込書は、認知症サポーター養成講座実施に係ること以外の目的には使用いたしません。
- 6 この申込書は、Fax・郵送・E-mailのいずれかの方法でご提出ください。

様式 2

《「認知症サポーター養成講座」開催計画表》

別紙 2

※計画No.		提出日	令和	年	月	日		
※自治体コード		開催予定日	令和	年	月	日		
受講団体・グループ名								
受講対象者 (該当 No.に○)	1. 住民 3. 学校	2. 企業・職域団体 4. 行政	受講予定者数	人				
担当メイト	★No	メイトID				メイト名	謝礼有無	
		例)新潟	-	20	-	0001	サポ 太郎	有・無
	1	新潟	-		-			有・無
	2	新潟	-		-			有・無
	3		-		-			有・無
4		-		-			有・無	
講座の構成	内 容			時間配分				
使用教材 (該当 No.に○)	1. 標準教材(冊子) 2. キャンペーンビデオ 3. 配布資料(独自)							
教材、オレンジリングの送付先 (どちらかに○)	1. 送付 ①受講団体の担当者 ②担当キャラバン・メイト 送付場所 氏名 _____ 住所 〒 _____ 連絡先 _____ 2. 事務局で受取							

※は入力しない

1. または 2. を選択し、1. であれば、送付先①または②を選択し、送付先のお名前、ご住所、ご連絡先をご記載ください

★キャラバン・メイトへの謝礼は 1 回の講座につき 2 名まで支払いの対象になります。

謝礼の有無の欄に○を付けてください。(市職員・包括職員は対象外)

★該当する謝礼の支払い先を選択し、上表「担当メイト」欄★印のNo. (1~4の数字) をご記載ください。

支払先	★No.	★No.
A. キャラバン・メイト個人		
B. 法人		

★原則、開催の 2 週間前までにご提出ください。(事前登録及び教材送付に必要なため)

様式 2

《「認知症サポーター養成講座」開催計画表》

別紙 2 記載例

※計画No.		提出日	令和 ● 年 5 月 22 日					
※自治体コード		開催予定日	令和 ● 年 6 月 30 日					
受講団体・グループ名	○×自治会役員、青年部及び希望者							
受講対象者 (該当 No.に○)	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. 行政			受講予定者数	30 人			
担当メイト	★No	メイトID			メイト名	謝礼有無		
		例)新潟	-	20	-	0001	サポ 太郎	有・無
	1	新潟	-	00	-	0000	サポ 花子	有・無
	2	新潟	-		-			有・無
	3		-		-			有・無
4		-		-			有・無	
講座の構成	内 容			時間配分				
	認知症サポーターキャラバンとは(DVD)			10:00~10:15				
	認知症を理解する(症状について)			10:15~10:45				
	認知症を理解する(診断、治療、対応について)			10:45~11:15				
	認知症サポーターの役割とは、まとめ			11:15~11:30				
使用教材 (該当 No.に○)	1. 標準教材(冊子) 2. キャンペーンビデオ 3. 配布資料(独自)							
教材、オレンジリングの送付先 (どちらかに○)	1. 送付 ①受講団体の担当者 ②担当キャラバン・メイト 送付場所 氏名 サポ 花子 住所 〒95△-××△△ 新潟市△△区○×1丁目0-0 連絡先 025-△△△-×××× 2. 事務局で受取							

※は入力しない

1. または 2. を選択し、1. であれば、送付先①または②を選択し、送付先のお名前、ご住所、ご連絡先をご記載ください

★キャラバン・メイトへの謝礼は 1 回の講座につき 2 名まで支払いの対象になります。

謝礼の有無の欄に○を付けてください。(市職員・包括職員は対象外)

★該当する謝礼の支払い先を選択し、上表「担当メイト」欄★印のNo. (1~4の数字) をご記載ください。

支払先	★No. 1	★No.
A. キャラバン・メイト個人	○	
B. 法人		

★原則、開催の 2 週間前までにご提出ください。(事前登録及び教材送付に必要なため)

様式 3

《「認知症サポーター養成講座」実施報告書》

別紙 3

計画No.					提出日	令和	年	月	日	
※自治体コード					開催日	令和	年	月	日	
受講団体・グループ名										
受講対象者 (該当 No.に○)	1. 住民	2. 企業・職域団体			受講者数 (サポーター数)		人			
	3. 学校	4. 行政								
サポーターの年代内訳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計		
女性										
男性										
合計										
担当メイト	☆No.	メイトID				メイト名			謝礼有無	
		例)新潟	-	20	-	0001	サポ 太郎			有・無
	1	新潟	-							有・無
	2	新潟	-							有・無
	3		-							有・無
4		-							有・無	
講座の構成	内 容				時間配分					
					: ~ :					
使用教材 (該当 No.に○)	1. 標準教材(冊子)		2. キャンペーンビデオ		3. 配布資料(独自)					
その他、講座に関するコメント										

※は入力しない

★キャラバン・メイトへの謝礼は1回の講座につき2名まで支払いの対象になります。

謝礼の有無の欄に○を付けてください。(市職員・包括職員は対象外)

★該当する謝礼の支払い先を選択し、上表「担当メイト」欄☆印のNo.(1~4の数字)をご記載ください。

支払先	☆No.	☆No.
A. キャラバン・メイト個人		
B. 法人		

★原則、開催日から2週間以内にご提出ください。

★養成講座で余った教材、グッズは事務局にお渡しください。

様式 3

≪「認知症サポーター養成講座」実施報告書≫

別紙 3 記載例

計画No.					提出日	令和 ● 年 7 月 5 日				
※自治体コード					開催日	令和 ● 年 6 月 30 日				
受講団体・グループ名	○×自治会									
受講対象者 (該当 No.に○)	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. 行政				受講者数 (サポーター数)	30 人				
サポーターの年代内訳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計		
女性			2	3	2	5		12		
男性			3	3	7	5		18		
合計			5	6	9	10		30		
担当メイト	☆No.	メイトID				メイト名			謝礼有無	
		例)新潟	-	20	-	0001	サポ 太郎		○・無	
	1	新潟	-	00	-	0000	サポ 花子		○・無	
	2	新潟	-		-				有・無	
	3		-		-				有・無	
4		-		-				有・無		
講座の構成	内 容				時間配分					
	認知症サポーターキャラバンとは(DVD)				10:00~10:15					
	認知症を理解する(症状について)				10:15~10:45					
	認知症を理解する(診断、治療、対応について)				10:45~11:15					
	認知症サポーターの役割とは、まとめ				11:15~11:30					
使用教材 (該当 No.に○)	① 標準教材(冊子) ② キャンペーンビデオ 3. 配布資料(独自)									
その他、講座に関するコメント										

※は入力しない

★キャラバン・メイトへの謝礼は 1 回の講座につき 2 名まで支払いの対象になります。

謝礼の有無の欄に○を付けてください。(市職員・包括職員は対象外)

★該当する謝礼の支払い先を選択し、上表「担当メイト」欄☆印のNo. (1~4の数字) をご記載ください。

支払先	☆No. 1	☆No.
A. キャラバン・メイト個人	○	
B. 法人		

★原則、開催日から 2 週間以内にご提出ください。

★養成講座で余った教材、グッズは事務局にお渡しください。

新潟市からのお知らせ



(R6.4月)

**認知症サポーター養成講座を受講してください、あいかとうございました
今日からあなたも認知症の人や家族を温かく見守る応援者の一員！**
新潟市内では様々な取り組みが行われています。学んだ事を活かしてみませんか？

認知症の人と家族の会「つどい」

介護家族の方が自分の心の底にある苦悩を打ちあけて、心から安らぐことのできる居場所です。
介護の悩み相談、情報交換、温泉旅行などで参加者の交流を図っています。
サポーターの皆さんも参加して交流してみませんか？

【開催日時】原則月1回 第2土曜日(8月は第3土曜日)
午後1時30分～4時

【会場】新潟市総合福祉会館(中央区八千代1-3-1)

【参加費】300円(お菓子代)

【お問い合わせ先:電話番号】

(下越エリア担当)等々力氏 090-5546-9409



認知症カフェ

認知症カフェとは、「認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場」です。
開催場所等に関しては、お問い合わせください。
【お問い合わせ先:電話番号】

新潟市地域包括ケア推進課 025-226-1281

地域の茶の間

助け合い支え合う地域づくりを進めるために、地域の皆さんが集まりやすい場所を利用して、定期的に子どもから高齢者、障がいのある人など誰もが気軽に交流する場です。

※お近くの区社会福祉協議会にお問い合わせください。

【お問い合わせ先:電話番号】

～各区社会福祉協議会～

- ・北区 025-386-2778 ・秋葉区 0250-24-8376
- ・東区 025-272-7721 ・南区 025-373-3223
- ・中央区 025-210-8720 ・西区 025-211-1630
- ・江南区 025-250-7743 ・西蒲区 0256-73-3356

65歳以上の方の社会参加活動！ にいがたし元氣力アップ・サポーター

市内の65歳以上の方が、介護施設などでのサポート活動を通じて、高齢者自身の介護予防の推進と、いきいきとした地域社会づくりを目的としています。

年度ごとに活動実績をポイントとして評価し、ポイントに応じて交付金を受け取る事ができます。

【対象者】

新潟市内に住所を有する65歳以上の方

【活動場所】

特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、デイサービス、保育園、障がい者支援施設、公民館、図書館、病院など

【活動内容】

お茶出しや食堂内の配膳・下膳の補助、レクリエーション指導・補助、施設行事の手伝い・芸能披露、話し相手など

【お問い合わせ先：電話番号】

- 北区・東区エリア
東区社会福祉協議会 025-272-7721
- 中央区・江南区エリア
中央区社会福祉協議会 025-210-8721
- 秋葉区・南区エリア
秋葉区社会福祉協議会 0250-24-8376
- 西区・西蒲区エリア
西区社会福祉協議会 025-211-1630



ボランティア・市民活動

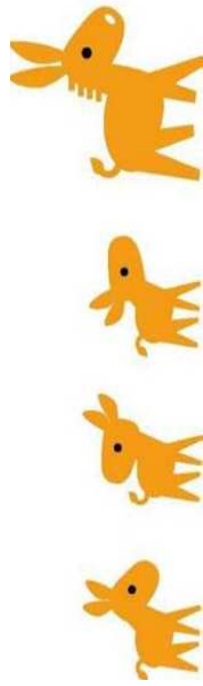
市内では多くのボランティア・市民活動が、活発に行われています。ボランティア活動に関心がある・参加してみたい・手伝ってほしい人たちの相談窓口として、すべての区に様々な情報を集めている「ボランティア・市民活動センター」があります。

お近くの区社会福祉協議会

「ボランティア・市民活動センター」へご連絡ください

【お問い合わせ先：電話番号】 ～各区ボランティア・市民活動センター～

- ・北区 025-386-2778 ・秋葉区 0250-24-8345
- ・東区 025-272-7731 ・南区 025-373-3223
- ・中央区 025-210-8730 ・西区 025-211-1630
- ・江南区 025-250-7743 ・西蒲区 0256-73-3565



介護する人に やさしい社会へ

介護マーク



**外出先でこのマークを見かけたら
温かく見守ってください。**

認知症などの方の介護は、他の人から見ると介護をしていることがわかりにくいと、誤解されて困っているとの声が多く寄せられました。こうした要望に応え、介護中であることを周囲に理解していただくために、全国共通の「介護マーク」ができました。

**こんな
ときに**

- ・介護していることを周囲にさりげなく知ってもらいたい時
- ・駅やサービスエリア、お店などのトイレで付き添う時
- ・男性介助者が女性用下着を購入する時
- ・障害のある方を介護する方も「介護マーク」をご活用ください

【入手方法】 市町村役場またはお近くの地域包括支援センター等へ

【問い合わせ先】
新潟県福祉保健部 高齢福祉保健課
☎ 025-280-5192

**9月・2月は高齢者
見守り強化月間**



認知症サポーターステッカー・ロバ隊長ぬいぐるみの交付手続

平成 29 年 4 月 1 日適用
新潟県福祉保健部
高齢福祉保健課

1 趣旨

県民に認知症サポーターの存在や活動を普及啓発し、「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」を推進するために、企業・職域組織単位で認知症サポーター養成講座を受講した事業所に「認知症サポーターステッカー」及び「ロバ隊長ぬいぐるみ」を交付することとする。

2 交付対象

企業、団体（商工会、同業者組合、金融機関、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業者、薬局、理・美容室等）、公共サービス関連（郵便局、警察、消防等）、公共交通機関等とする。

3 交付方法

市町村・地域振興局は、受講団体がステッカー交付等を希望する場合に「認知症サポーターステッカー・ロバ隊長ぬいぐるみ交付申込書」を新潟県高齢福祉保健課に提出する。団体名を入れたステッカー及びロバ隊長ぬいぐるみを高齢福祉保健課から、受講団体に送付する。

4 費用

ステッカー及びロバ隊長ぬいぐるみの発送にかかる費用は県が負担する。

5 ホームページの掲載

交付を受けた団体は、新潟県のホームページに「認知症サポーターのいる団体」として掲載する（希望する場合のみ）。

6 ステッカーの仕様

たて 27cm よこ 19cm

7 ロバ隊長ぬいぐるみの仕様

高さ 35cm



『認知症サポーターのステッカー』 『ロバ隊長ぬいぐるみ』を交付します

認知症サポーター講座を受講していただいた企業・団体を対象に、認知症サポーターの存在をお知らせするステッカー・ロバ隊長ぬいぐるみを交付します。

交付の対象は？

企業、団体（商工会、同業者組合、金融機関、スーパーマーケット、
コンビニエンスストア、旅館業者、宅配業者、薬局、理・美容室 等）
公共サービス関連（郵便局、警察、消防、電気・ガス・水道業者 等）
公共交通機関

交付の手続は？

- ・「認知症サポーターステッカー・ロバ隊長ぬいぐるみ交付申込書」を記載し、新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局（新潟県介護福祉士会）に提出してください。
様式は新潟県ホームページからもダウンロードできます。
- ・申込みのあった団体には、新潟県高齢福祉保健課から団体名を入れたステッカー・ロバ隊長ぬいぐるみを交付します。

ステッカーの交付を受けた団体は、「認知症サポーターのいる団体」として新潟県ホームページに団体名と所在地を掲載します。



団体名が入ります



【ロバ隊長ぬいぐるみ】

【問い合わせ】

新潟市認知症サポーター
キャラバン事業事務局
(新潟県介護福祉士会)
〒950-0994
新潟市中央区上所2丁目2番
2号新潟ユニゾンプラザ3階
電話 : 025-281-5531
FAX : 025-281-7710
E-mail: kaigo@sage.ocn.ne.jp

認知症サポーターステッカー・ロバ隊長ぬいぐるみ 交付申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 年 月 日

受講団体名			
実施日時	年 月 日 () 時 分 から 時 分まで		
送付先住所 (受講団体住所)	〒		
受講団体連絡先	電 話		担当者名
団体の所属人数 及び 受講者数	【所属人数】		【受講人数】
	人		人
ステッカーに記載 する団体名 (※上記団体名と異なる 場合のみ記入)			
ロバ隊長 ぬいぐるみ	希望する	希望しない	
ホームページ掲載希望 (いずれか○で囲む)	希望する	希望しない	
備 考			

**※ステッカーの交付を受けた団体は、新潟県のホームページに「認知症サポーターのいる
企業・団体」として団体名・所在地を掲載します。**

申込み自治体記入欄

市 町 村 名 または 地域振興局名			
連 絡 先	電 話		担当者名

(交付申請の流れ)

受講団体 → 新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 (新潟県介護福祉士会)

→ 県庁高齢福祉保健課 → 受講団体へのステッカー等の交付

令和 年 月 日

様

個人番号（マイナンバー）利用目的通知書

あなたの個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいいます。）を，所得税法 225 条および 226 条にもとづく法定調書（※）作成事務の目的で使用します。

下記の「個人番号報告書」について，ご提出をお願いいたします。

※法定調書・・・税務署や市区町村税務課に提出する義務がある源泉徴収票，報酬等の支払調書，不動産の使用料等の支払調書をいいます

※個人番号報告書は，新潟市にすでに一度ご提出いただいている方も令和 2 年 4 月 1 日以降の講座の場合，あらためてご提出ください。

提出先 新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
新潟県介護福祉士会
〒950-0994 新潟市中央区上所 2 丁目 2 番 2 号
新潟ユニゾンプラザ 3 階
電話 025-281-5531

.....キ.....リ.....ト.....リ.....

個人番号報告書

住 所 _____

氏 名 _____

私の個人番号について，法定調書作成事務のため市認知症サポーターキャラバン事業事務局（新潟県介護福祉士会）へ提供します。

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

添付書類

(提示するか、写しを添付してください。①の場合は 1 点のみ，②の場合は番号通知カードおよび運転免許証などの身分証明書が必要となります。不明の場合はお問い合わせください。)

- ① 個人番号カード（顔写真あり）
- ② 個人番号通知カード及び運転免許証，パスポート等

事務担当使用欄

確認方法	<input type="checkbox"/> 直接提示 <input type="checkbox"/> 写しの送付	確認年月日	. .
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 ()		
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		

令和 年 月 日

様

個人番号（マイナンバー）利用目的通知書

あなたの個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいいます。）を、所得税法 225 条および 226 条にもとづく法定調書（※）作成事務の目的で使用します。

下記の「個人番号報告書」について、ご提出をお願いいたします。

これまでに個人番号報告書を提出いただいている場合も、4月1日以降の講座で謝礼の支払いがある場合、あらためてご提出ください

※法定調書

租税等の支払調書、不動産の使用料等の支払調書をいいます

※個人番号報告書は、新潟市にすでに一度ご提出いただいている方も令和2年4月1日以降の講座の場合、あらためてご提出ください。

提出先 新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
新潟県介護福祉士会
〒950-0994 新潟市中央区上所2丁目2番2号
新潟ユニゾンプラザ3階
電話 025-281-5531

.....キ.....リ.....ト.....リ.....

個人番号報告書

住 所 _____

氏 名 _____

私の個人番号について、法定調書作成事務のため市認知症サポーターキャラバン事業事務局（新潟県介護福祉士会）へ提供します。

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

添付書類

（提示するか、写しを添付してください。①の場合は1点のみ、②の場合は番号通知カードおよび運転免許証などの身分証明書が必要となります。不明の場合はお問い合わせください。）

- ① 個人番号カード（顔写真あり）
- ② 個人番号通知カード及び運転免許証、パスポート等

事務担当使用欄

確認方法	<input type="checkbox"/> 直接提示 <input type="checkbox"/> 写しの送付	確認年月日	・	・
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他（ ）			
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

講師謝礼金等口座振替依頼書 (個人用)

新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 御中

〈申込者〉

年 月 日

お名前	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
ご住所	〒
電話番号	— —

○認知症サポーター養成講座における講師謝礼の支払いについて、下記の口座へ振替えてください。なお、支払いの通知は通帳への記帳をもってかえることを承認します。

銀行名		支店
預金種目	1 普通	口座番号
	2 当座	
口座名義	フリガナ	

- ① ご指定の口座は個人名義のものをご記入ください。
口座名義、フリガナは正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ② 確定申告期に支払調書をお送りいたします。支払調書の住所欄には、支払相手方の「住民票記載の住所」が必要なため、「ご住所」には住民票記載の住所をご記入ください。
- ③ 本様式については、郵送または持参にて取り扱い下さいますようお願いいたします。
- ④ 本様式については、すでに一度ご提出いただいている方も令和2年4月1日以降の講座の場合、あらためてご提出ください。

※開催後、速やかにご提出くださいますようお願いいたします。

※復興特別所得税を含む 10.21%源泉徴収をした上で振込みます。

新潟市福祉部 地域包括ケア推進課

【書類提出先】新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
(新潟県介護福祉士会)

〒950-0994

新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

TEL : 025-281-5531

FAX : 025-281-7710

E-mail : kaigo@sage.ocn.ne.jp

講師謝礼金等口座振替依頼書 (個人用)

新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 御中

〈申込者〉

年 月 日

お名前	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
ご住所	〒
電話番号	— —

○認知症サポーター養成講座における講師謝礼の支払いについて、下記の口座へ振替えてください。なお、支払いの通知は通帳への記帳をもってかえることを承認します。

銀行名			支店					
預金種目	1 普通	口座番号						
	2 当座							
口座名義	フリガナ							

- ① ご指定の口座は個人名義のものをご記入ください。
口座名義、フリガナは正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ② 確定申告期に支払調書をお送りいたします。支払調書の住所欄には、支払相手方の「住民票記載の住所」が必要なため、「ご住所」には住民票記載の住所をご記入ください。
- ③ 本様式については、郵送または持参にて取り扱い下さいますようお願いいたします。
- ④ **本様式については、すでに一度ご提出いただいている方も令和2年4月1日以降の講座の場合、あらためてご提出ください。**

※開催後
※復興特

これまでに本様式を提出いただいている場合も、4月1日以降の講座で謝礼の支払いがある場合、あらためてご提出ください

新潟市福祉部 地域包括ケア推進課

【書類提出先】新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
(新潟県介護福祉士会)

〒950-0994

新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

TEL : 025-281-5531

FAX : 025-281-7710

E-mail : kaigo@sage.ocn.ne.jp

講師謝礼金等口座振替依頼書 (法人用)

新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 御中

〈申込者〉

年 月 日

法人名	
ご住所	〒
電話番号	— —

○認知症サポーター養成講座における講師謝礼の支払いについて、下記の口座へ振替えてください。なお、支払いの通知は通帳への記帳をもってかえることを承認します。

銀行名		支店
預金種目	1 普通	口座番号
	2 当座	
口座名義	フリガナ	

- ① ご指定の口座は法人名義のものをご記入ください。
口座名義、フリガナは正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ② 本様式については、郵送または持参にて取り扱い下さいますようお願いいたします。
- ③ 本様式については、すでに一度ご提出いただいている場合も令和2年4月1日以降の講座の場合、あらためてご提出ください。

※開催実施後、速やかにご提出下さいますようお願いいたします。

新潟市福祉部 地域包括ケア推進課

【書類提出先】新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
(新潟県介護福祉士会)

〒950-0994

新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

TEL : 025-281-5531

FAX : 025-281-7710

E-mail : kaigo@sage.ocn.ne.jp

講師謝礼金等口座振替依頼書 (法人用)

新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 御中

〈申込者〉

年 月 日

法人名	
ご住所	〒
電話番号	— —

○認知症サポーター養成講座における講師謝礼の支払いについて、下記の口座へ振替えてください。なお、支払いの通知は通帳への記帳をもってかえることを承認します。

銀行名		支店
預金種目	1 普通	口座番号
	2 当座	
口座名義	フリガナ	

- ① ご指定の口座は法人名義のものをご記入ください。
口座名義、フリガナは正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ② 本様式については、郵送または持参にて取り扱い下さいますようお願いいたします。
- ③ **本様式については、すでに一度ご提出いただいている場合も令和2年4月1日以降の講座の場合、あらためてご提出ください。**

※開催実施後、速やかに

これまでに本様式を提出いただいている場合も、4月1日以降の講座で謝礼の支払いがある場合、あらためてご提出ください

新潟市福祉部 地域包括ケア推進課
【書類提出先】新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
(新潟県介護福祉士会)

〒950-0994

新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

TEL : 025-281-5531

FAX : 025-281-7710

E-mail : kaigo@sage.ocn.ne.jp

キャラバン・メイト情報変更届出書

記載日 年 月 日

メイトID 新潟- -
 氏名 _____

◎「変更がある項目」のみ変更前・変更後を記入してください。

【変更前】

氏名(姓)	
氏名(名)	

所属自治体名 (都道府県)	新潟県
所属自治体名 (市町村)	新潟市 区

都道府県名	新潟県
市区町村名	新潟市 区
連絡先住所	〒
連絡先電話番号	
連絡先FAX	
Email	
所属名(勤務先等)	

【変更後】

提出方法: 下記の提出先に「郵送」「FAX」「電子メール」のいずれかにて、ご提出ください。

【お問合せ先・提出先】
 新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
 (新潟県介護福祉士会)
 〒950-0994
 新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階
 TEL : 025-281-5531 FAX : 025-281-7710
 電子メール : kaigo@sage.ocn.ne.jp

キャラバン・メイト登録削除届

全国キャラバン・メイト連絡協議会 御中

メイトID 新潟 -

氏名 _____ 印

<所属自治体記入欄>

所属自治体名	担当	担当者名
新潟市	新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局	

キャラバン・メイトとしての活動が困難となったため、登録削除について届け出をいたしますので、よろしくお取りはからいますようお願いいたします。

- ・今後いかなる理由があっても、再登録を希望いたしません。
- ・キャラバン・メイト養成研修を今後、再受講いたしません。

登録削除の理由	
サポーター講座開催回数	

※キャラバン・メイト養成研修は「認知症サポーター養成講座を年間10回程度(最低実施数3回)、ボランティアの立場で行える」ことを前提に、受講していただいています。
登録削除の理由については、この前提を踏まえて記載してください。

提出方法: 下記の連絡先に「郵送」「FAX」「電子メール」のいずれかにて、ご提出ください。

【お問合せ先・提出先】
新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局（新潟県介護福祉士会）
〒950-0994
新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階
TEL : 025-281-5531 FAX : 025-281-7710
メールアドレス: kaigo@sage.ocn.ne.jp