

なごや認知症カフェ開設助成事業実施要領

1 目的

この要領は、名古屋市認知症相談支援センター運営事業実施委託仕様書 第5（2）ウに基づき、軽度認知障害又は認知症（以下、「認知症」という。）の方が、住み慣れた地域で自立した生活ができるよう仲間づくりや生きがい支援、介護する家族の負担軽減、地域住民への啓発のため開設する、名古屋市内における認知症カフェ（以下「カフェ」という。）の実施、助成手続き等について必要な事項を定める。

2 カフェ実施主体

カフェの実施主体は、地域住民団体やボランティア団体、NPO法人、介護事業所、福祉施設、医療機関等の団体とする。

3 助成

名古屋市認知症相談支援センター（以下「認知症相談支援センター」という。）所長は、4に定める助成要件に合致すると認められるカフェの実施主体（以下「カフェ実施主体」という。）の代表者に対し助成金を交付する。

4 助成要件

（1）活動目的

以下のア～エの全部又は一部を主たる目的とする、認知症の本人及び家族、それに加え地域住民、専門職等地域の誰もが気軽に集える活動拠点であり、営利、宗教、政治活動を目的としないもの。

- ア 認知症の本人やその家族同士の相互交流・情報交換
- イ 家族の介護負担の軽減
- ウ 認知症状の悪化予防
- エ 地域での認知症啓発

（2）助成対象者

次のいずれにも該当する団体とする。

- ア 市税を滞納していない者
- イ 暴力団又は暴力団員の統制下でない者
- ウ 申請日から6か月前までに認知症カフェを開設した者、又は決定通知日より3か月以内に開設可能な者

ただし、すでに「なごや認知症カフェ」に登録しているカフェ実施主体が助成要件を満たすようになった場合も含む

- エ 認知症カフェの実施について、名古屋市が行う他の補助金等（なごや認知症カフェ運営助成事業実施要領に定める運営助成は除く）の交付を受けていない者
- オ 事業を着実に実行でき、適切な事業運営が確保できると名古屋市認知症相談支援センター所長が認める者

（3）対象者

認知症の本人及び家族、地域住民、専門職等を中心に、誰もが参加できるものとする

る。

(4) 参加人数

参加人数（運営の担い手を除く）が5人以上見込まれるもの。ただし、その後の増減は問わない。

(5) 事業実施場所

名古屋市内で5人以上が集い、1の目的を達成できる場所で実施する。

(6) 実施回数・時間

月1回以上一定の場所で定期的を開催する。1回あたりの開設時間は2時間以上とする。

(7) 実施期間

3年間は継続した事業実施が見込まれること。

(8) 人員配置

ア 本人・家族等からの相談に対応するため、以下のいずれの条件も満たす専門職を1名配置する。なお、いきいき相談室や居宅介護支援事業所等の専門職と連携し、本人・家族等からの相談に対応する場合も、専門職の配置に含むことができる。

(ア) 医師・看護師等の医療関係者や社会福祉士・精神保健福祉士等の福祉関係者、認知症キャラバン・メイト等認知症に関する知識を習得している者

(イ) 認知症の相談業務に従事した経験のある者

イ 認知症サポーター等のボランティアの参加を積極的に促進する。

(9) 利用者負担

食糧費、会場借り上げ代等の実費以外は徴収不可とする。

(10) 参加者の募集

知人や自らの事業の利用者だけでなく、地域に広く募集すること。

(11) その他

認知症地域支援推進員及びいきいき支援センターとの連携に努めること。

5 助成内容

助成の対象は、原則としてカフェ開設に際し必要な物品の購入経費とし、1か所につき5万円を限度とする。

6 助成手続等

(1) カフェ実施主体の代表者は、なごや認知症カフェ開設経費助成申請書（第1号様式）及び口座振替申込書（第2号様式）を、開設しようとする住所地を管轄するいきいき支援センターを通じて、認知症相談支援センター所長に提出する。

(2) 認知症相談支援センター所長は、申請内容を審査し適当と認めるときは、なごや認知症カフェ開設経費助成決定通知書（第3号様式）をカフェ実施主体の代表者に交付する。

(3) 予算を上回る申請があった場合は、選考を行う。選定順位は、開催回数、参加人数に基づき決する。

(4) 助成金の交付決定を受けたカフェ実施主体の代表者は、決定通知日から3ヶ月以内に、なごや認知症カフェ開設報告書（第4号様式）を、いきいき支援センターを通じて認知症相談支援センター所長に提出する。

- (5) 申請者は、助成金の残金が生じたときは、これを助成交付を受けた年度（4月1日から翌年3月31日までをいう。）終了後の4月末日までに認知症相談支援センターへ返納しなければならない。
- (6) 開設助成を受けてから3年間は、年度終了後1ヶ月以内に、事業報告書（第5号様式）を、いきいき支援センターを通じて認知症相談支援センター所長に提出する。

7 助成金の返還

認知症相談支援センターは、助成対象が次のいずれかに該当するときは、助成金の交付決定を取り消し、すでに交付した助成金の返還を命ずることができる。

- (1) 虚偽その他不正の手段によって助成金の交付を受けたとき。
- (2) 助成要件に該当しないこととなったとき又は申請をした当時に助成要件に該当していなかったことが判明したとき。

8 認知症相談支援センター及びいきいき支援センターの役割

- (1) 認知症相談支援センターは、カフェの推進を図るために必要な調査、研究、啓発及び、その他必要な事業を行う。
- (2) 認知症相談支援センターは、いきいき支援センターに配置された認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）及びいきいき支援センター、カフェ実施主体に対してカフェ推進について必要な指導、援助を行う。
- (3) 推進員及びいきいき支援センターは、カフェ実施主体に対して、カフェ開設、運営についての支援を行う。

9 なごや認知症カフェへの登録

助成金の交付決定をもって、カフェを「なごや認知症カフェ」として登録する。

10 書類の保存

助成を受けたカフェ実施団体の代表者は、カフェ開設にともなう関係書類を、年度終了後3年間保存しなければならない。

11 その他

この要領の施行について必要な事項は、認知症相談支援センター所長が別に定める。

附 則

この要領は、平成27年7月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年3月18日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年8月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年2月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

第1号様式

令和 年 月 日

(あて先) 名古屋市認知症相談支援センター所長

なごや認知症カフェ実施主体

団体もしくは事業者名
事業所名
所在地
代表者

なごや認知症カフェ開設経費の助成について (申請)

みだしのことについて、下記のとおり申請します。

記

1 助成金申請額

金 円

(内訳)

品名	金額	備考
合計額		

2 連絡先

担当者氏名	連絡先
	電話番号 ()
	FAX番号 ()
	E-mail

口座振替申込書

令和 年 月 日

(あて先) 名古屋市認知症相談支援センター

(請求者)

団体もしくは事業者(事業所)の所在地
〒

団体もしくは事業者(事業所)の名称 及び 代表者氏名
名称:

代表者氏名:

TEL () -

私が貴センターから支払を受けるなごや認知症カフェ開設助成金については、下記の口座へ振り替えて下さい。

記

金融機関名	銀行 信金 農協	店
預金科目 及び 口座番号	1 普通 2 当座 3 その他	
口座名義人	フリガナ	

※口座名義人は必ず、請求者と同一(又は事業者)のものを指定して下さい。

※口座名義人は原則、団体名で指定して下さい。

令和 年 月 日

様

名古屋市認知症相談支援センター
所長 ㊟

なごや認知症カフェ開設経費の助成決定について（通知）

令和 年 月 日付で申請のありましたみだしのことにつきまして、
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 助成決定金額

金 円

2 交付年月日

令和 年 月 日

3 付帯条件

- (1) この助成金は、なごや認知症カフェ開設にかかる経費に充当すること。
- (2) この助成金の使途について必要があるときは指示し、または報告を求めることがある。
- (3) 決定通知日から3か月以内に開設報告書を提出すること。
- (4) 開設助成を受けてから3年間は、年度終了後1か月以内に事業報告書を提出すること。
- (5) 経費所要額が助成決定額を下回ったときは、その差額をすみやかに返納すること。
- (6) 「なごや認知症カフェ」として登録する。
- (7) 全各号の規定に違反したときは、すでに交付した助成金の返還を命じることがある。

(あて先) 名古屋市認知症相談支援センター所長

なごや認知症カフェ実施主体

団体もしくは事業者名
事業所名
所在地
代表者

なごや認知症カフェの開設について (報告)

みだしのことについて、下記のとおり報告します。

記

1 開設経費収支

(収入)

項目	金額	備考
開設助成金		
計		

(支出)

項目	金額	備考
計		

2 開設年月日

令和 年 月 日

3 添付資料

- ・ 領収書 (写)
- ・ 関連資料 (名称、場所、開催日、参加者数、ボランティア数等を明記したもの)

※受付	令和 年 月 日	区 部いきいき支援センター
-----	----------	---------------

(あて先) 名古屋市認知症相談支援センター所長

なごや認知症カフェ実施主体

団体もしくは事業者名
 事業所名
 所在地
 代表者

令和 年度 なごや認知症カフェの取り組みについて (報告)

みだしのことについて、下記のとおり報告します。

記

1 なごや認知症カフェ実施内容

名 称			
開催日数	日 / 年間		
主な開催時間	: ~ :		
延参加人数	人	内 訳	本人 人 専門職 人
			家族 人 その他 人
			地域住民 人
運営の担い手 ・協力者数 (実人数)	人	内 訳	①貴団体所属職員 人 ③その他 人
			②ボランティア 人
			①・②・③のうち、認知症サポーター 人
主な実施内容			
課題・ 来年度の目標等			

2 添付資料

関連資料 (チラシ・写真など)

※受付	令和 年 月 日	区 部いきいき支援センター
-----	----------	---------------