

「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」募集要領

1 趣旨

認知症や認知症の人に対する理解を深めるため、認知症の本人から自身の生活や症状、認知症になってからの思いなどを直接伝えていただく活動や、趣味活動等を通じて認知症の方がいきいきと輝いている姿を発信する熊本県の認知症の普及啓発活動等に賛同し、協力いただける「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」（以下「大使」という。）を募集します。

2 応募要件

- (1) 県内在住であること
- (2) 認知症の診断を受けていること
- (3) 認知症の普及啓発活動に意欲があり、県等と協力・連携ができること
- (4) 氏名・年代・所在市町村名、診断名、略歴、顔写真を原則公表できること
（公表できない事情があるときは一部非公開にすることができます。）

3 任命期間

任命日から2年間とします。ただし、任命期間中の退任及び任命期間満了後の再任は妨げません。

4 活動内容

大使は、本人の希望や体調に応じて、県等が実施する認知症理解促進のための普及啓発活動に参加・協力いただきます。

<活動例>

- (1) 県のホームページでの紹介（活動内容やメッセージ等）
- (2) 講演会や研修会での発信
- (3) 認知症サポーター養成講座への協力
- (4) 広報誌等への寄稿・インタビュー
- (5) 広報映像等への出演（趣味活動の紹介等）
- (6) ピアサポート活動への参画
- (7) 認知症の普及啓発イベント等への参加
- (8) 美術作品等の紹介
- (9) 認知症施策検討への参画

※ 県が依頼するすべての活動にご参加をお願いするものではありません。

※ 活動いただいた場合、依頼した団体から謝金及び旅費をお支払いします。

5 応募期間

随時募集します。

6 応募方法

- (1) 別紙の応募用紙を、電子メールまたは郵送により以下の提出先までお送りください。
- (2) 自薦、他薦は問いませんが、他薦の場合は必ず本人の同意を得る必要があります。

【提出先】

- (電子メール) ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp
認知症施策・地域ケア推進課 認知症施策推進班 宛
- (郵送) 〒862—8570 (住所は省略できます。)
熊本県認知症施策・地域ケア推進課 認知症施策推進班 宛

7 協力者

協力者は大使の活動への同行や送迎、協働により、可能な範囲で活動に協力していただける方とします。協力いただいた場合は、依頼元の規定に基づき、謝金及び旅費をお支払いします。

8 決定方法等

応募用紙による書類受理後、対面での意向確認を経て決定します。

9 その他

- (1) 応募いただいた際の認知症の人本人の公表に同意いただいた情報については、県のホームページ及び記者発表等により公表する予定です。
- (2) 決定後任命式を行います。日程及び開催場所は、決定後個別に調整します。

【お問い合わせ先】

熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症施策・地域ケア推進課
認知症施策推進班

T E L 096-333-2216

M a i l ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp

今まで行った認知症の啓発活動	(活動内容)
大使として表現したいこと・活動したいこと ※必須	
啓発活動で参加・協力したいもの(該当するものにすべて☑) ※必須	<input type="checkbox"/> 県のホームページでの紹介(活動内容やメッセージ等) <input type="checkbox"/> 講演会や研修会での発信 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座への協力 <input type="checkbox"/> 広報誌等への寄稿・インタビュー <input type="checkbox"/> 広報映像等への出演(趣味活動の紹介等) <input type="checkbox"/> ピアサポート活動への参画 <input type="checkbox"/> 認知症の普及啓発イベント等への参加 <input type="checkbox"/> 美術作品等の紹介 <input type="checkbox"/> 認知症施策検討への参画 <input type="checkbox"/> その他()
活動の際の移動手段(該当するものにすべて☑) ※必須	<input type="checkbox"/> 徒歩・自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他()
協力者の有無(該当するものに☑) ※必須	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無(一人での活動(移動を含む)が可能) <input type="checkbox"/> 有
活動する際に配慮してほしいこと ※協力者無しの場合 は必須	

2 他薦の場合の推薦者の情報（他薦の場合は、下記にご記載ください。）

推薦者	団体名
	氏名
	連絡先 () —
推薦理由	

3 協力者の情報（協力者を有とされた場合は、下記にご記載ください。）

協力者	認知症の人本人との関係 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名
	連絡先 () —
協力内容	

【提出先】

(電子メール) ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp
認知症施策・地域ケア推進課 認知症施策推進班 宛

(郵送) 〒862—8570（住所は省略いただけます）
熊本県認知症施策・地域ケア推進課 認知症施策推進班 宛