

「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、この限りではありません。）

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）講演会や研修会の講師やパネリスト
- （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（本人ミーティング、医療機関等での本人支援）
- （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 支援者

支援者は大使の活動への同行や送迎、協働により、可能な範囲で支援していただける方とします。活動を支援いただいた場合は、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審査及び、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

別紙

くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）応募用紙

☐ 自薦 ☐ 他薦 (該当するものに☑)

1 活動を希望する認知症のご本人の情報

氏名 ※必須	氏	名
ふりがな ※必須		
住所 ※必須	熊本県	
連絡先 ※いずれか必須	自宅 () 携帯 ()	— —
生年月日 ※必須	大正 昭和 平成 年 月 日生 (歳)	
認知症の原因となる 診断名と診断された 時期（該当するもの に☑） ※必須	☐ アルツハイマー型認知症（診断された時期 歳頃） ☐ 血管性認知症（診断された時期 歳頃） ☐ レビー小体型認知症（診断された時期 歳頃） ☐ 前頭側頭型認知症（診断された時期 歳頃） ☐ その他（ ）（診断された時期 歳頃）	
認知症の主治医	病院・診療所 医師	
公表できないもの （該当するものに☑） ※必須	☐ 氏名 ☐ 年代 ☐ 所在市町村名 ☐ 診断名 ☐ 略歴 ☐ 顔写真 ☐ 動画 ☐ その他（ ）	
公表できない事情 ※上に☑がある場合 は必須）		
公表への同意 ※必須	☐ 上記で公表できないものとしたものの以外については、県のホームページ等で公表されることに同意します。	

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	☐ 県のホームページでの紹介(活動内容やメッセージ等) ☐ 講演会や研修会の講師やパネリスト ☐ 認知症サポーター養成講座への協力 ☐ 広報誌等への寄稿・インタビュー ☐ 広報映像等への出演(趣味活動の紹介等) ☐ ピアサポート活動(本人ミーティング、医療機関等での本人支援) ☐ 認知症の普及啓発イベント等への参加 ☐ 美術作品等の紹介 ☐ 認知症施策検討への参画 ☐ その他()
活動の際の移動手段(該当するものにすべて☑) ※必須	☐ 徒歩・自転車 ☐ 公共交通機関 ☐ 送迎 ☐ その他()
支援者の有無(該当するものに☑) ※必須	☐ 無 ☐ 無(一人での活動(移動を含む)が可能) ☐ 有
活動する際に配慮してほしいこと ※支援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 支援者の情報（支援者を有とされた場合は、下記にご記載ください。）

支援者	認知症の人本人との関係 ☐ 家族 ☐ その他 ()
	氏名
	連絡先 () —
支援の内容	

【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