

認地第584号
令和7年（2025年）2月7日

各関係機関の長 様

熊本県健康福祉部長寿社会局長

「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」の募集について（依頼）
日頃から、本県の認知症施策の推進に御理解と御協力をいただき、ありがとうございます。

さて、本県では、令和4年度に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「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」を3名任命し、認知症の普及啓発活動に協力いただいているところです。

この度、任命から2年経過し、新たな大使の募集を行うこととしました。

つきましては、大使の募集について、貴会会員等へ御周知くださいますようお願いいたします。

なお、大使の活動は、県が実施する認知症広報啓発等の活動だけでなく、県内市町村や関係機関等の活動へ御参加・御協力いただくことも想定しています。

<添付書類>

- ・くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）設置要項
- ・くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）募集要領

〒862-8570 熊本市中央区水前寺 6-18-1
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 担当：恵濃
TEL (096) 333-2216 FAX (096) 384-5052
Mail : enou-a@pref.kumamoto.lg.jp

「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」設置要項

1 趣旨

「認知症施策推進大綱」が掲げる認知症の人ができる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現のため、認知症の本人の想いや活動を発信する「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」（以下「大使」という。）を設置し、認知症への社会の理解を深めるための普及啓発及び本人発信支援の取組を推進する。

2 定員

定めない。

3 任期

委嘱日より2年間とし、任期途中の退任及び任期満了後の再任は防げない。（2年毎に対面による意向確認を行います。）

4 要件

次の要件をすべて満たす方

- (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・病名・略歴・顔写真を原則公表できること（公表できない理由がある場合はその限りではない。）

5 決定方法

公募（自薦、他薦を問わない。）により受付け、書類審査及び対面での意向確認のうえ決定し、委嘱する。

6 活動内容

県等が実施する認知症理解のための普及啓発のうち、大使本人の希望や体調に合わせ参加・協力が可能な活動

＜県が依頼する認知症の普及啓発活動の例＞

- (1) 県のホームページにおける大使の紹介（活動やメッセージなどの掲載）
- (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の講師役となるキャラバン・メイトへの協力
- (4) 県広報誌等への寄稿（インタビューへの応答なども含む）
- (5) 広報映像等への出演（インタビューや、趣味活動等の紹介などを含む）
- (6) ピアサポート活動（認知症カフェでの本人ミーティング、医療機関や相談機関等での本人支援の活動）

- (7) イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンスやスポーツ参加
- (8) 美術作品等の紹介
- (9) 県の認知症施策検討への参加
- (10) 市町村や関係機関からの依頼による活動

8 活動依頼

- (1) 県が大使の活動を希望するときは、大使本人または支援者に対し依頼する。
- (2) (1) 以外に市町村や関係機関が大使の活動を希望するときは、別紙1「くまもとオレンジ大使活動調整依頼書」を県に提出する。県は、内容に応じて大使本人または支援者と調整を行ったうえで、活動を希望する大使を紹介する。依頼元の市町村や関係機関は紹介のあった大使に直接活動の依頼を行い、活動終了後、県に別紙2「くまもとオレンジ大使活動報告書」を提出する。

9 謝礼

- (1) 県が依頼する活動については、活動を行う大使本人及び支援者（1名まで）の謝金及び旅費を県が別途定める規程により支払う。
- (2) (1) 以外の活動については、依頼元の規程による。

附 則

この要項は、令和4年11月30日から施行する。

附 則

この要項は、令和7年2月7日から施行する。

くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）調整依頼書

熊本県認知症施策・地域ケア推進課長 様

1 依頼者情報

所属（団体）名	
担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

2 依頼希望内容

活動日	年 月 日
活動時間	時から 時まで（ 時間）
活動場所	
活動内容	
活動を希望する大使	<input type="checkbox"/> 有 大使氏名（ ） <input type="checkbox"/> 無
留意事項	※大使に活動いただく際に配慮が必要なことなどがあれば記載してください。
報償費の有無	大使本人 <input type="checkbox"/> 有（ 円） <input type="checkbox"/> 無 支援者 <input type="checkbox"/> 有（ 円） <input type="checkbox"/> 無
交通費の有無	大使本人 <input type="checkbox"/> 有（ 円） <input type="checkbox"/> 無 支援者 <input type="checkbox"/> 有（ 円） <input type="checkbox"/> 無

提出先：熊本県認知症施策・地域ケア推進課 認知症施策推進班

Mail: ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp

くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）活動報告書

年 月 日

熊本県認知症施策・地域ケア推進課長 様

1 依頼者情報

所属（団体）名	
担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

2 実施内容

イベント名等	
実施日	
会場	
参加者数（イベント等の場合のみ）	
実施内容	
協力いただいた大使の氏名	

※くまもとオレンジ大使が活動した内容については、県ホームページにて活動を紹介することとしています。

※提供が可能な写真や、映像等がありましたらご提供くださいますようお願いいたします。

提出先：熊本県認知症施策・地域ケア推進課 認知症施策推進班

Mail: ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp

「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想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。）を募集する。

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、疾患名、略歴、顔写真を原則公表できること
(公表できない理由があるときは、この限りではありません。)

3 任期

任命から2年間とします。ただし、任期途中の退任及び任期満了後の再任は妨げません。(2年毎に対面による意向確認を行います。)

4 活動内容

県等が実施する認知症理解のための普及啓発のうち、大使本人の希望や体調に合わせ参加・協力が可能な活動

＜県が依頼する認知症の普及啓発活動の例＞

- (1) 県のホームページにおける大使の紹介（活動やメッセージなどの掲載）
- (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の講師役となるキャラバン・メイトへの協力
- (4) 県広報誌等への寄稿（インタビューへの応答なども含む）
- (5) 広報映像等への出演（インタビューや、趣味活動等の紹介などを含む）
- (6) ピアサポート活動（認知症カフェでの本人ミーティング、医療機関や相談機関等での本人支援の活動）
- (7) イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンスやスポーツ参加
- (8) 美術作品等の紹介
- (9) 県の認知症施策検討への参加
- (10) 市町村や関係機関からの依頼による活動

※県が実施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。

※県等が依頼する大使の活動以外の自主的な取組を妨げるものではありません。

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ていただく必要があります。

【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 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のうえ、決定します。

8 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、決定後個別に調整させていただきます。

【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

Mail 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"/> 県のホームページにおける大使の紹介 <input type="checkbox"/> 講演会の講師・パネリストとしての出演 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトへの協力 <input type="checkbox"/> 県広報誌等への寄稿(インタビューへの応答なども含む) <input type="checkbox"/> 広報映像等への出演(インタビューや趣味活動等の紹介などを含む) <input type="checkbox"/> ピアサポート活動(認知症カフェでの本人ミーティング、医療機関や相談機関等での本人支援の活動) <input type="checkbox"/> イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンスやスポーツ参加 <input type="checkbox"/> 美術作品等の紹介 <input type="checkbox"/> 県の認知症施策検討会議等への参加 <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()
支援者の有無(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 ※支援者が無とされた方は必須	

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 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名
	連絡先 () —
支援が必要な内容	

【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

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"/> 県のホームページにおける大使の紹介 <input type="checkbox"/> 講演会の講師・パネリストとしての出演 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトへの協力 <input type="checkbox"/> 県広報誌等への寄稿(インタビューへの応答なども含む) <input type="checkbox"/> 広報映像等への出演(インタビューや趣味活動等の紹介などを含む) <input type="checkbox"/> ピアサポート活動(認知症カフェでの本人ミーティング、医療機関や相談機関等での本人支援の活動) <input type="checkbox"/> イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンスやスポーツ参加 <input type="checkbox"/> 美術作品等の紹介 <input type="checkbox"/> 県の認知症施策検討会議等への参加 <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()
支援者の有無(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 ※支援者が無とされた方は必須	

