

認知症本人大使「鹿児島県認知症応援大使」設置要綱

(趣旨)

第1 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(令和5年法律第65号)に掲げる、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会を実現するため、鹿児島県において、認知症になっても自分らしく前を向いて暮らしている姿等を発信する認知症本人大使「鹿児島県認知症応援大使」(以下「大使」という)を設置し、認知症について県民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。

(委嘱)

第2 知事は、人格、意欲等から適任と認める者に対し大使を委嘱するものとする。

(定員)

第3 定員は定めない。

(任期)

第4 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妨げない。

(要件)

第5 次の要件を全て満たす方

- (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) 認知症の普及啓発活動に意欲があり、県と協力・連携できること
- (4) 氏名・年齢・所在市町村名・病名・略歴・顔写真を公表できること(公表できない理由がある場合はその限りではない)

(役割及び活動)

第6 県及び市町村等が行う普及啓発活動に、本人が希望することや得意なことを活かして参加・協力が可能な活動を行う。なお、活動にあたっては、本人の意向や体調等に合わせ、協議しながら、その時々にあった活動を柔軟に行う。

<県が依頼する認知症の普及啓発活動の例>

- (1) 県及び市町村が開催するイベント等への出演や講演、広報誌等への寄稿、広報映像等への出演等
- (2) 県のホームページにおける大使の紹介(活動やメッセージ等の掲載)

- (3) 県及び市町村が行う認知症対応力向上のための研修等での講演や自らの体験の発信等
- (4) 認知症サポーター養成講座における自らの体験や希望, 必要としていることの発信
- (5) ピアサポート活動(認知症カフェ, 本人ミーティング, 医療機関や相談機関等での本人支援活動)
- (6) 認知症の人本人が制作した美術作品等のイベント等での展示や紹介
- (7) 県の認知症施策検討への参画
- (8) その他, 知事が必要と認める活動

(活動依頼)

第7 県が大使の活動を希望するときは, 大使本人又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「鹿児島県認知症応援大使活動依頼書」を県に提出する。県は, 内容に応じて大使本人又は支援者と調整を行った上, 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「鹿児島県認知症応援大使活動報告書」を提出する。

(謝礼)

第8 県が依頼する活動については, 活動を行う大使本人の謝金及び活動を行う大使本人と支援者(1人まで)の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。

(事務)

第9 鹿児島県認知症応援大使に関して必要な事務は, 鹿児島県保健福祉部高齢者生き生き推進課で行う。

(その他)

第10 この要綱に定めるもののほか, 大使に関して必要な事項については, 別に定める。

附則

この要綱は, 令和6年6月27日から施行する。

鹿児島県認知症応援大使
活動依頼書

年 月 日

鹿児島県高齢者生き生き推進課長 様

機関・所属：

担当者：

電話番号：

メール：

会議・イベント名	
希望する日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分 まで (時間)
場所	
内容	
活動を希望する大使	<input type="checkbox"/> 有 大使氏名 () <input type="checkbox"/> 無
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
留意事項	※大使に活動していただくにあたり連絡事項があれば記載してください。

提出先：鹿児島県高齢者生き生き推進課認知症・生活支援係
nintitaisaku@pref.kagoshima.lg.jp

鹿児島県認知症応援大使
活動報告書

年 月 日

鹿児島県高齢者生き生き推進課長 様

機関・所属：

担当者：

電話番号：

メール：

会議・イベント名	
日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分 まで
場所	
内容	
参加者数	
活動した大使の氏名	
参加者の感想等	
その他連絡事項	

提出先：鹿児島県高齢者生き生き推進課認知症・生活支援係
nintitaisaku@pref.kagoshima.lg.jp