

「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」設置要項

1 趣旨

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が掲げる、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる共生社会の実現を推進するため、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。）を任命し、「新しい認知症観」の普及を促進するための啓発及び本人発信の取組を推進する。

2 定員

定めない。

3 任命期間

任命日より2年間とし、任命期間途中の退任及び任命期間満了後の再任は妨げない。

4 要件

大使は、次の要件をすべて満たす者とする。

- (1) 熊本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・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場合は一部非公表とすることができる。)

5 任命方法

『「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」募集要領』に基づき応募のあった者について、書類受理後、対面での意向確認を経て任命する。

6 再任

任命期間満了時に、大使本人から活動継続の申し出があった場合は、再任することができる。

7 協力者

大使は、協力者を1人以上登録することができる。協力者は必要に応じて大使とともに活動を行う。協力者の登録は、『「くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）」募集要領』別紙により行う。

8 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・協力する。

<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

9 活動依頼

- (1) 県が大使に活動依頼をするときは、大使本人または協力者に対し依頼する。
- (2) 県以外の団体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協力者と調整を行ったうえで、活動可能な大使を紹介する。依頼元は紹介された大使に直接活動依頼し、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。

10 謝金及び旅費

大使及び協力者に活動依頼をしたとき、それぞれに対して謝金及び旅費を支払うものとする。

また、謝金及び旅費の支払いは、次のとおりとする。

- (1) 県が活動を依頼する場合は、熊本県が定める規程に基づき支払う。
なお、謝金の額は、原則として大使・協力者ともに同額とする。
- (2) 県以外の団体が活動を依頼する場合は、当該団体の定める規程に基づき支払う。

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。

附 則

この要項は、令和7年（2025年）11月18日から施行し、令和7年（2025年）4月1日から適用する。

附 則

この要項は、令和8年（2026年）3月25日から施行する。

くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）活動調整依頼書

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 協力者 <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 協力者 <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

M a i l : 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

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