

あおもり認知症希望大使設置要綱

(趣旨)

第1 認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症示施策推進関係閣僚会議決定）に基づき、認知症になっても地域で自分らしく暮らし続けられる社会を認知症の人とともに創っていくため、認知症の人が自らの思いや経験を発信することで、認知症に対する理解を深める活動を行う「あおもり認知症希望大使」（以下「大使」という。）を設置する。

(任期)

第2 任期は委嘱日から2年とし、任期途中の退任及び任期満了後の再任は妨げないものとする。

(委嘱)

第3 知事は、次の各号に掲げる要件を満たす者のうち、適任と認める者に大使を委嘱する。

- (1) 青森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、県等と連携・協力できること
- (4) 氏名、年代、居住市町村名、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）

(活動内容)

第4 次の各号に掲げる認知症理解のための普及啓発活動のうち、大使本人の希望や体調に合わせ、参加・協力が可能な活動を行う。

- (1) 県及び市町村等が行う認知症の普及啓発活動への参加・協力
県及び市町村等が開催する行事（認知症フォーラム等）の講師、パネリスト、広報誌等への寄稿、広報映像等への出演、その他の普及啓発活動を行う。
- (2) キャラバン・メイトへの協力
認知症サポーター養成講座の講師を担うキャラバン・メイトの養成講座において、自身の経験や希望、必要としていること等を発信する。
- (3) その他県が必要と認めた活動への協力

(決定方法)

第5 県が推薦等により候補者を募り、第3に規定する要件を満たし、適当と認められた者を大使として決定する。

(活動依頼)

- 第6 県が大使の活動を希望するときは、大使本人又は家族等の支援者に依頼する。
- 2 市町村、関係団体等が大使の活動を希望するときは、活動依頼書(様式1)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い、依頼者に連絡をする。
- 3 依頼元である市町村、関係団体等は、活動終了後、速やかに活動報告書(様式2)により、県に報告する。

(謝金等)

- 第7 大使が第4に掲げる活動を行った場合、県は大使の活動に係る経費(大使及びその支援者に係る謝金及び旅費)について、県の規程に基づき支払う。

(その他)

- 第8 この要綱に定めるもののほか、希望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7年10月20日から施行する。

年 月 日

(様式1)

あおもり認知症希望大使活動依頼書

<依頼者>

機関名	
担当者名	
電話番号	
メール	

<依頼内容>

行事名・会議名 等	
希望日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで
場所	
内容	(行事について) 対象者： 参加人数： (認知症希望大使への依頼事項 (役割や目的等))
報道・広報掲載の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
事前打合せの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →「あり」の場合は記入して下さい。 (日時) 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで (場所)

※概要が分かるチラシや要綱等を添付することも可とします。

提出先 青森県高齢福祉保険課 高齢者支援グループ

FAX : 017-734-8090 メール : koreihoken@pref.aomori.lg.jp

年 月 日

(様式2)

あおもり認知症希望大使活動報告書

<依頼主>

機関名	
担当者名	
電話番号	
メール	

<活動内容>

行事名・会議名 等	
日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで
場所	
参加人数	
活動の評価 (認知症希望大使の活動による効果、アンケートの結果等)	
その他 (意見・感想)	

※各団体で作成した報告書を添付することも可とします。

提出先 青森県高齢福祉保険課 高齢者支援グループ

FAX : 017-734-8090 メール : koreihoken@pref.aomori.lg.jp