

認知症本人大使「三重県認知症希望大使」設置要綱（案）

1. 趣旨

この要綱は、「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）」が掲げる「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、認知症の人が自らの認知症にかかる経験等を共有する役割を担う認知症本人大使「三重県認知症希望大使」（以下「大使」という。）の設置及び活動について、必要な事項を定めるものとする。

2. 定員

若干名

3. 委嘱及び任期

（1）県は、大使として、人格、意欲等から適任と認める者に対し委嘱するものとする。

（2）大使の任期は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。

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）認知症の普及啓発活動に意欲があり、県と協力・連携ができること
- （4）氏名・年代・在住市町名・病名・略歴・顔写真・動画等を原則、公表できること

5. 決定方法

書類審査及び面談のうえ、決定する。

6. 役割及び活動

県及び市町等が行う普及啓発活動に、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をあわせて相談しながら、一人一人、その時々にあった活動を柔軟に行う。

（以下、活動例）

- （1）県及び市町等が行う認知症の普及啓発活動への参加・協力

県及び市町等が開催するイベント等での講演、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) 県及び市町等が行うその他の活動への協力
県と大使が協議のうえ、必要と認めた活動を行う。

7. その他

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7年 月 日から施行する。

事務連絡
令和7年3月 日

各市町認知症施策担当課長 様
各地域包括支援センター長 様
認知症の人と家族の会 三重県支部 代表 様

三重県医療保健部長寿介護課長

認知症本人大使「三重県認知症希望大使」の募集について（依頼）

平素は、県の高齢者福祉行政の推進に格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、このたび、三重県認知症希望大使を募集する運びとなりました。本大使の役割は、地域における認知症に対する理解を深め、普及・啓発活動を推進することです。つきましては、ご多忙の折大変恐縮ではございますが、適任者のご推薦をお願い申し上げます。

記

1. 目的

認知症の方ご本人がご自身の経験や希望などを伝えていただくこと等により、多くの方々を元気づけ、認知症の人に対する正しい理解を広めていただく。

2. 提出様式

- ・ 認知症本人大使（三重県認知症希望大使）応募用紙
- ・ (別紙) 推薦書

3. 回答方法

以下のアドレス（県）へご提出ください。

提出先：chojus@pref.mie.lg.jp

※推薦がない場合は、回答は不要です。

※各地域包括支援センターからの推薦も可。

4. 提出期限

令和7年4月中旬予定

5. 今後のスケジュール

(1) 原則として、応募用紙・推薦書による書類審査及び対面での面談のうえ、決定いたします。ただし、応募者が5名を超過する場合は、以下のとおりといたしますので、ご注意ください。

① 1次選考：書類審査を実施します。(5名まで通過)

② 2次選考：書類審査を通過した応募者に対して面談を行います。

※面談日程等については、個別に調整いたします。(県庁で実施予定)

(2) 決定後、県庁にて任命式を行う予定です。日程等については、決定後に案内いたします。

6. 重要事項

・希望大使の情報等を三重県 HP 等に公表する予定ですので、予めご了承ください。

・応募者が多数の場合は、ご意向に添えないことがありますので、予めご了承ください。

・その他の詳細につきましては、別添の設置要綱をご参照ください。

【事務担当】

医療保健部長寿介護課 山中

電話 059-224-3327

メール yamant10@pref.mie.lg.jp

令和7年 月 日

三重県知事 様

推薦者名

推 薦 書

下記の者について、認知症本人大使（三重県認知症希望大使）に適任であると認められますので、推薦いたします。

推薦する者

氏 名	推 薦 理 由

事務担当

担当課 :

担当者名 :

電話番号 :

別紙

認知症本人大使（三重県認知症希望大使）応募用紙

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	〒 三重県	
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 疾患名と診断され た時期（該当するも のに☑） ※必須	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症（診断された時期 歳頃） <input type="checkbox"/> 血管性認知症（診断された時期 歳頃） <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症（診断された時期 歳頃） <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症（診断された時期 歳頃） <input type="checkbox"/> 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	
公表への同意 ※必須	<input type="checkbox"/> 氏名・年代・在住市町名・疾患名・略歴・顔写真・動画等 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	
活動の際の移動手段 (該当するものすべてに☑) ※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 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	