

みやぎ認知症応援大使募集要項

1 目的

認知症の人本人が普及啓発活動等を行い、その活動状況を広く発信・周知することで、認知症への関心と正しい理解を広めることを目的とします。

2 概要

(1) 名称

みやぎ認知症応援大使

(2) 募集方法

公募(自薦・他薦は問いませんが、他薦の場合は必ず御本人の同意を得て応募してください。)

(3) 委嘱数

若干名

(4) 任期

任期は委嘱日から3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します。
なお、任期満了後の再任については、大使本人、家族等への意向確認により行うことができることとします。

(5) 活動内容

県、市町村等が依頼する認知症理解のための次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っていただきます。

ア 宮城県が行う認知症の普及啓発活動への参加・協力

県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

イ 認知症サポーター養成講座の講師であるキャラバン・メイトへの協力

認知症サポーター養成講座の受講者の理解を深めることを目的に、キャラバン・メイトが講師を務める当該講座において、自らの体験や希望、必要としていることなどの発信

ウ その他知事が必要と認めた活動への協力

市町村、関係団体等からの依頼による活動への協力

(6) 謝金等

県が依頼する活動については、県が活動を行った大使及び支援者(1名まで)に謝金及び旅費を支払います。それ以外の活動については、依頼元の基準によります。

3 応募資格

以下の要件をすべて満たす方。

- ・宮城県内在住であること。
- ・認知症の診断を受けていること。
- ・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。
- ・氏名・年代・所在市町村名・略歴・顔写真を公表できること。

4 応募方法

(1) 提出書類

別紙「みやぎ認知症応援大使応募用紙」に必要事項を記入の上、提出してください。

(2) 受付期間

令和6年8月27日（火）午前9時から9月30日（月）午後5時まで（厳守）

(3) 提出方法

持参、郵送又は電子メールにより6の担当まで提出してください。

なお、持参する場合の受付時間は、土・日・祝日を除く午前9時から午後5時までとします。

5 決定方法

応募用紙を審査した後、本人及び支援者との面談の上、決定します。

6 担当

宮城県保健福祉部長寿社会政策課地域包括ケア推進班

〒980-8570

宮城県仙台市青葉区本町三丁目8番1号

TEL: 022-211-2552

E-mail: choujuc3@pref.miyagi.lg.jp

みやぎ認知症応援大使応募用紙

★ふりがな	
★氏名	
★住所	〒
連絡先	自宅
	携帯電話
	メールアドレス
★生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
認知症の原因となる疾患名 (該当するものに☑、診断された時期を記入)	<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・診療所名
	医師名
要件に☑ (すべての要件に該当することが必要)	<input type="checkbox"/> 宮城県内在住 <input type="checkbox"/> 認知症の診断を受けている <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 氏名・年代・所在市町名・略歴・顔写真を公表できる
活動が可能な 高齢者福祉圏域	<input type="checkbox"/> 仙南圏 (白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町) <input type="checkbox"/> 仙台圏 (仙台市、塩竈市、名取市、多賀城市、岩沼市、富谷市、亘理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、大和町、大郷町、大衡村) <input type="checkbox"/> 大崎・栗原圏 (栗原市、大崎市、色麻町、加美町、涌谷町、美里町) <input type="checkbox"/> 登米・石巻・気仙沼圏 (石巻市、気仙沼市、登米市、東松島市、女川町、南三陸町)
★略歴 (これまでの活動や現在の生活の状況について)	

大使として伝えたいこと、 表現したいこと	
家族の同意 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 家族の同意あり <input type="checkbox"/> 家族の同意なし <input type="checkbox"/> その他()
自薦・他薦 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自薦 <input type="checkbox"/> 他薦

他薦の場合は下記にご記入ください。

推薦理由	
本人の同意 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 本人の同意あり <input type="checkbox"/> 本人の同意なし
推薦者 (支援者と同じ方でも可)	所属名
	氏名
	電話
	メールアドレス

支援者がいらっしゃる場合は下記にご記入ください。

支援者氏名 (団体の場合は所属名と 担当者氏名)	
本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> その他()
連絡先	電話
	メールアドレス
備考 (留意事項等)	

(注) ★がついている項目はホームページ等で公表させていただきます。

なお、「住所」については市区町村名のみ、「生年月日」については年代を公表の対象とさせていただきます。