



認知症の人と家族を支えるマーク

令和6年11月14日
記者発表資料

「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）を募集 します！

認知症当事者としての思いや活動を発信してみませんか

多くの県民の皆様にも、認知症について、当事者目線で理解していただくため、県では、認知症の方ご本人が思いを直接伝え、その人らしい活動を発信する「かながわオレンジ大使」を委嘱しています。

このたび、令和7年4月以降に「かながわオレンジ大使」として活動いただける方を募集します。

1 募集概要

- (1) 任期：委嘱日から2年(原則)
- (2) 活動内容：県や市町村、関係機関等からの依頼のうち、ご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。
- (3) 要件：次の要件をすべて満たす方
 - ア 県内在住であること。
 - イ 認知症の診断を受けていること。
 - ウ 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。
 - エ 氏名・年代・所在市町村名・疾患名・経過・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ご相談ください)。
- (4) 応募方法：電子メール(要項の問合せ先をご覧ください)、郵送またはファクシミリにより応募用紙を送付ください。
自薦、他薦は問いませんが、他薦の場合はご本人の同意を得てください。
- (5) 決定方法：応募用紙による審査、及び対面での意向確認のうえ、決定します。
- (6) 募集から委嘱までのスケジュール(予定)
 - 【募集期間】 令和6年11月14日(木曜日)から令和6年12月27日(金曜日)まで
 - 【書類審査・意向確認】 令和7年1月以降
 - 【委嘱】 令和7年4月頃

※上述の「募集期間」後も、随時、ご応募いただけますが、4月の委嘱にはなりません。
応募状況にもよりますが、半年程度毎に委嘱の機会を設ける予定です。

※詳細については、別添またはこちらのホームページに掲載している募集要項を必ずご確認ください。

https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f6401/orange_taishi.html



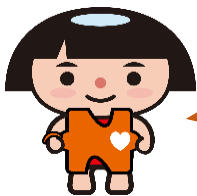
2 これまでの大使の活動の様子

(活動例) 講演会や認知症カフェでのお話、広報映像への出演、ピアサポート活動、制作した美術作品の展示・紹介 等



3 大使のお話を聞いた方からのコメント

- 本で読んだりして知っていたつもりだが、より実感した感じです。
- 本人の気持ちの確認が大切だと、あらためて認識できました！
- 個人個人の病気の捉え方によって、人生は変わるのだなと思いました。
- 出来る限り続けて、メッセージを発信して下さい！



たくさんの方からのご応募お待ちしております！
ご不明点は、お気軽にお問い合わせください。



ともに生きる社会
かながわ憲章

KANAGAWA CHARTER for an Inclusive Society

- 私たちは、あたたかい心をもって、すべての人のいのちを大切にします
- 私たちは、誰もがその人らしく暮らすことのできる地域社会を実現します
- 私たちは、障がい者の社会への参加を妨げるあらゆる壁、いかなる偏見や差別も排除します
- 私たちは、この憲章の実現に向けて、県民総ぐるみで取り組めます

問合せ先

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課
課長 長澤 電話 045-210-4830
高齢福祉グループ 笠原 電話 045-210-4846

ともに生きる 

「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）募集要項

1 趣旨

これまで県では、県民向けのイベントやシンポジウム等において認知症の方ご本人に自ら発信していただくなど、認知症に対する理解の促進に取り組んできました。

しかし、発信の場はまだ十分とはいえず、より多くの県民の皆様に、当事者目線で認知症について理解していただくため、さらなる取組が必要です。

そこで、県では、認知症の方ご本人が思いを直接伝え、その人らしい活動を発信する「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）を創設しています。

講演等での普及啓発に限らず、認知症の方がいきいきと輝いている姿を、ご本人に広く発信していただくため、「かながわオレンジ大使」になっていただける方を募集します。

神奈川らしい大使のあり方について、認知症の方ご本人やご家族、支援者の皆様から御意見を伺ってきました。

「国の本人大使は特別な人という感じ。認知症の人はそういう人ばかりではないということを知ってほしい。」「1人で活動するのは難しい。複数ならできるかもしれない。」「失敗したときに傷つきたくない。」「これまで活動してきた人以外にもやりたい人がいるかもしれないので、公募するのがよい。」「選考はなじまない。登録制のようにするのがよい。」といったご意見を踏まえ、本県では、「大使」の人数は定めず、なるべく応募された方全員に、ご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、当事者としての思いを直接伝え、活動を発信していただくことにしています。

2 任期

委嘱日から2年間（任期途中の退任及び任期満了後の再任は妨げません）。

3 活動内容

県や市町村、関係機関等が依頼する活動のうち、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。

＜活動例＞ ※自主的な活動をさまたげるものではありません。

- ・ 認知症関係の研修や講演会、イベントでのお話
- ・ 新聞記事等での活動紹介や広報映像への出演
- ・ ピアサポート活動（本人や家族が集う場での本人支援の活動）
- ・ イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンス
- ・ 制作した美術作品等の紹介
- ・ 「かながわオレンジ大使」事業の企画・運営 ほか

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・所在市町村名・疾患名・経過・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ありません)。

5 応募方法

- (1) 応募用紙を電子メール、郵送またはファクシミリにより下記送付先あてお送りください。
- (2) 自薦、他薦は問いませんが、他薦の場合は必ずご本人の同意を得てください。
- (3) ご家族や支援者の方とよく話し合ったうえで、ご応募ください。

6 決定方法

応募用紙を審査、意向確認のうえ、決定します。

※意向確認時に同意書を提出いただきます。

7 スケジュール（予定） ※令和7年度4月委嘱の場合

募集期間 令和6年11月14日（木）から令和6年12月27日（金）まで

書類審査・意向確認 令和7年1月以降

委嘱 令和7年4月頃

※ 以降、随時に受け付けを行います。半年毎を目途にご本人の意向を確認のうえ、大使を委嘱していきます。

8 公表

結果についてはご本人及び推薦者あてに通知します。また、委嘱については県ホームページ及び記者発表等により公表します。

<問合せ先・送付先>

神奈川県高齢福祉課高齢福祉グループ宛

電子メール：下記にアドレスをお問い合わせください。

郵 送：〒231-8588 横浜市中区日本大通1

電 話：045-210-4846（直）

ファクシミリ：045-210-8874

※ファクシミリの場合は、確認のため、送付後にお電話でご連絡いただきますようお願いいたします。

かながわオレンジ大使応募用紙

(ふりがな) 氏名	
住所	〒 —
連絡先	自宅 () — 携帯電話 () — () — () F A X メールアドレス
生年月日・年齢	T・S・H 年 月 日 (歳)
認知症の原因となる疾患名 (診断された時期)	・アルツハイマー型認知症 (診断された時期 歳頃) ・血管性認知症 (診断された時期 歳頃) ・レビー小体型認知症 (診断された時期 歳頃) ・前頭側頭型認知症 (診断された時期 歳頃) ・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
これまでの本人の活動	
大使として表現したい・活動したいこと	
要件に <input checked="" type="checkbox"/> (すべての要件に該当することが必要です)	<input type="checkbox"/> 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、県と協力・連携ができること
県の事業への協力 (協力いただけるものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 認知症関係の研修や講演会、イベントでのお話(進行役との質疑応答なども含む) <input type="checkbox"/> 新聞記事等での活動紹介(インタビューへの応答) <input type="checkbox"/> 広報映像への出演 <input type="checkbox"/> ピアサポート活動(本人や家族が集う場での本人支援の活動) <input type="checkbox"/> イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンス <input type="checkbox"/> 制作した美術作品等の紹介

	<input type="checkbox"/> 「かながわオレンジ大使」事業の企画・運営 <input type="checkbox"/> 市町村や関係機関からの依頼による活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）
公表できないこと (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 年代 <input type="checkbox"/> 所在市町村名 <input type="checkbox"/> 疾患名 <input type="checkbox"/> 経過・略歴 <input type="checkbox"/> 顔写真 <input type="checkbox"/> 動画 <input type="checkbox"/> 作品 <input type="checkbox"/> その他（ ）
公表できない理由	
自薦・他薦	<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	
推薦者 (支援者と同じ方で も可)	団体名
	氏名
	連絡先 () -

支援者がいる場合は下記にご記入ください

支援者 氏名 (本人との関係) 連絡先	氏名 (本人との関係：家族・その他) 支援内容 電話 () - F A X メールアドレス
備考 (留意事項等)	

「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）設置要領

1 趣旨

「認知症施策推進大綱」（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）が掲げる、認知症の人ができる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現するため、神奈川県において、認知症の方本人が思いを直接伝え、認知症の本人一人ひとりに合った、その人らしい活動を発信する「かながわオレンジ大使」（以下、「大使」という）を設置し、大使本人の企画・運営のもと認知症に対する県民の理解を深め、認知症とともに生きる神奈川を目指す取組を推進する。

2 定員

- (1) 定めない。
- (2) 大使は、随時に委嘱することができる。

3 任期

- (1) 任期は2年とする。ただし、令和5年4月23日に委嘱を受けた大使の任期は、令和7年3月31日までとする。
- (2) 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。

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・所在市町村名・病名・経過・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)

5 決定方法

公募（自薦・他薦を問わない）により書類審査、意向確認のうえ、決定する。

6 企画運営

大使が主体となる企画・運営会議において、事業の企画・運営や活動内容の検討を行う。

7 活動内容

企画・運営会議での検討を踏まえ、県が依頼す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。

＜県が依頼する認知症の普及啓発活動の例＞

- ア 講演会の講師やパネリスト（進行役との質疑応答なども含む）
- イ 認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバンメイトへの協力（講師との質疑応答なども含む）
- ウ 県広報誌等への寄稿（インタビューへの応答なども含む）
- エ 広報映像等への出演（介護現場で働いたり、趣味を楽しむ姿など）
- オ ピアサポート活動（認知症カフェや本人ミーティング、講演会など本人や家族が集う場や、医療機関や相談機関での本人支援の活動）
- カ イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンスやスポーツ参加
- キ 美術作品等の紹介
- ク 県の認知症施策検討への参画
- ケ 市町村や関係機関からの依頼による活動 ほか

※自主的な活動を妨げるものではない。

8 活動依頼

市町村や関係機関が大使への活動依頼を希望するときは、別紙1「かながわオレンジ大使活動連絡票」を県に提出する。県は、内容に応じて大使本人と調整を行い、活動を希望する大使を紹介する。

紹介による活動終了後、市町村や関係機関は別紙2「かながわオレンジ大使活動報告書」を県に提出する。

9 謝礼

- (1) 県が依頼する活動については、原則として県が別途定める基準による。
- (2) (1) 以外の活動については、依頼元の基準による。

附則

この要領は、令和3年4月23日から施行する。

この要領は、令和4年12月27日から施行する。

この要領は、令和5年5月31日から施行する。

この要領は、令和5年11月20日から施行する。

この要領は、令和6年11月7日から施行する。

かながわオレンジ大使活動連絡票

西暦 年 月 日

神奈川県高齢福祉課長 様

機関名 _____

所在地 _____

代表者名 _____

[連絡先]

担当者名 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

イベント・研修 ・会議名等	
主催者	
開催趣旨	
内 容	
対象者	
人 数	
希望する日時	候補日 年 月 日 () ・未定 出演時間 : ~ : (分) ・未定
会 場	
報償費の有無・金額 交通費の有無	大使 : 報償費 (円) ・無 交通費 (有・無) 支援者 : 報償費 (円) ・無 交通費 (有・無)
支払方法	
希望する大使・希望する 講演内容等	

かながわオレンジ大使活動報告書

年 月 日

神奈川県高齢福祉課長 様

機関名 _____

所在地 _____

代表者名 _____

[連絡先]

担当者名 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

イベント名・会議名 等	
参加者数	
内容	
日時	
場所	
参加した大使の氏名	
その他	



かながわオレンジ大使

募 集 中 !

かながわキンタロウと
神奈川県認知症の人と
家族を支えるマーク



かながわオレンジ大使とは・・・

認知症の方ご本人で、思いを直接伝え、その人らしい活動を発信する方です。

※神奈川県ホームページに掲載している募集要項を必ずご確認ください。

<募集期間>

随時募集

<任期>

委嘱日から2年

※任期途中で退任及び任期満了後の再任は妨げません。

<活動内容>

県や市町村などが依頼する活動で、本人の希望や体調に合わせ、ご自身の経験や思い、希望等について自分なりの言葉や姿を通じて発信していただきます。

例：講演会や認知症カフェでのお話、広報映像への出演、ピアサポート活動、制作した美術作品の展示・紹介 等

かながわオレンジ大使の
ホームページも見てね!!



<問合せ先> 神奈川県 高齢福祉課 高齢福祉グループ (電話:045-210-4846)