**平成30年度「住民参加型在宅福祉サービス団体活動実態調査」**

|  |
| --- |
| **＜ご記入いただく上でのお願い＞**・はじめに、下欄の団体情報に関する欄からお書きください。・問１から最後の問まで順番にお答えください。なお、貴団体に該当しない設問の　回答は不要です。・回答は原則として**平成３１年３月１日時点**の状況でお答えください。　　　　　　　　（３月１日で捉えにくいものは回答可能な時点（平成３０年４月１日など）で結構です）。・回答は、当てはまる番号に○をつけていただくものと、自由に記述していただくものがあります。自由に記述していただくものや、「その他」にお答えの場合は、　内容を具体的にお書きください。・設問が活動の実態と合わない場合は、お手数ですが欄外にその内容を書き足してください。・社協、生協、農協等、その団体の運営にあたって親団体がある場合は、**親団体の　状況ではなく、住民参加型在宅福祉サービス団体（活動）そのもの**について記入してください。・**「担い手」**とはサービスを提供している方を指しており、団体によっては協力員、ヘルパー、ワーカー等の呼称があると思いますが、全て「担い手」として考えてください。・**「公的サービス」**とは介護保険サービスや障害福祉サービスなどの法制度内でのサービスを総称したものとしてお考えください。**＜アンケートの提出について＞**・本調査票は、以下ホームページからダウンロードください（Word形式）。<https://www.sankagata.net/>・アンケート提出方法は、メールもしくはFAXによりご提出ください。・ご記入いただいたアンケートは、**令和元年７月３１日（水）**までに下記の　**＜アンケート提出先＞**にご提出をお願い申しあげます。・ご提出いただいたデータや回答内容は、統計的に処理いたしますので、個々の団体のデータを公表することは一切ございません。**＜アンケート提出先＞**株式会社コモン計画研究所【担当：尾崎、高橋】　住所：〒166-0015　東京都杉並区成田東5-35-15　THE PLAZA-F　2階TEL：03-3220-5415　FAX：03-3220-4417　E-mail：sankagata@comon.jp**＜アンケート内容の問い合わせ先＞**（社福）全国社会福祉協議会　地域福祉部/全国ボランティア市民活動振興センター　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【担当：赤坂、岸本】住所：〒100-8980　東京都千代田区霞が関3-3-2　新霞が関ビルTEL：03-3581-4655 FAX：03-3581-7858E-mail：sankagata@shakyo.or.jp**＜報告書について＞**　　・本調査にご回答いただいた団体に、後日、報告書を送付いたしますので、次頁に住所等のご記入をお願いいたします。　　・なお、調査結果は後日PDFファイルでWeb上にも掲載する予定です。 |

最初に下記の項目についてご記入ください。

|  |
| --- |
| 団体名： |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 住所 | 〒 |
| 代表者職名･氏名： |  | ご記入者役職・氏名 |  |

【**団体の組織体制・運営について】**

問１．団体として事業を開始した年月をご記入ください。

|  |
| --- |
| 西暦　　　　　　　　年　　　　　 |

問２．貴団体の運営形態について、**当てはまる番号１つに○**をつけてください。

|  |
| --- |
| １．住民の自主的な会員組織である（ボランティア団体・NPO法人含む）（注）親団体がある場合でも、次のア～エの条件に当てはまる場合は、上記１に○をつけてくださいア.親団体に事務局を置くが、自立した組織として活動している　　 イ.組織として独自の意思決定を行っているウ.会計、役員会が親団体とは別である　　　　　　　　　　　　　 エ.親団体とは別に団体独自の規定がある２．市区町村社会福祉協議会が運営している３．生活協同組合が運営している４．ワーカーズコレクティブである５．ＪＡ(農業協同組合)が運営している６．行政設置による第３セクター(福祉公社･事業団等)７．社会福祉施設が運営している。８．ファミリー・サポート・センター（子育て援助活動支援事業の相互援助組織）である９．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問３．貴団体は法人格を持っていますか。

持っている場合、それはどのような法人格ですか。**当てはまる番号１つに○**をつけてください。

|  |
| --- |
| 　A　法人格をもっている　　　　　　　　　　　　　B　法人格をもっていない　　　　　　↓１．特定非営利活動法人　→いずれかに○を（①．認証をうけている　②．申請中である）２．認定特定非営利活動法人　→いずれかに○を（①．認証をうけている　②．申請中である）３．社会福祉法人　→いずれかに○を（①．社会福祉協議会　②．社会福祉協議会以外）　　４．財団法人→いずれかに○を（①公益財団法人・②一般財団法人）　　　５．社団法人→いずれかに○を（①公益社団法人・②一般社団法人）６．生活協同組合　　７．農業協同組合　８．有限会社９．株式会社１０．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |

問４．貴団体は事務所をお持ちですか。**当てはまる番号１つに○**をつけてください。

|  |
| --- |
| １．持っている　　２．親団体の事務所・施設等の中に事務所を借りている３．持っていない |

問５．貴団体は活動拠点の形態について、**当てはまる番号１つに○**をつけてください。

|  |
| --- |
| １．独自の活動拠点を持っている　　２．親団体所有の施設・拠点を継続的に借りている３．親団体所有の施設・拠点を活動時のみ借りている４・自治体や民間の施設・拠点を継続的に借りている５．自治体や民間の施設・拠点を活動時のみ借りている |

問６．貴団体の広報活動について、**当てはまる番号全てに○**をつけてください。

|  |
| --- |
| １．広報誌・機関紙　２．団体専用のホームページ（Facebook、ブログ等を含む）３．親団体のホームページに団体の活動を紹介するページがある４・公民館等でチラシやポスターを掲示している５．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**【会員の状況について】**

問７．貴団体・活動の自主的な有償助け合い活動（以下「たすけあい活動」）では会員制（サービス利用者・提供者ともに団体・活動の会員であること）を採用していますか。

|  |
| --- |
| １．会員制を採用している　 　　　２．会員制を採用していない  |

問８．貴団体の**たすけあい活動の登録者数**（サービス利用者・提供者の両方の合計数を指す）をご記入ください。

人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

問９．貴団体に登録されている**たすけあい活動の「担い手数」**（サービスを提供している方の数）について、下記表にその人数をご記入ください。

　　　※「公的サービス提供者」と兼務している場合も「担い手数」として数えてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 女性 | 男性 | 合計 |
| ２０代 |  |  | 　 |
| ３０代 |  |  |  |
| ４０代 |  |  | 　 |
| ５０代 |  |  |  |
| ６０代 |  |  | 　 |
| ７０代以上 |  |  | 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 総計　　　人 |

問１０．貴団体の担い手と利用者のバランスはどのような状態ですか。**該当する番号１つに○**をつけてください。

１．担い手が不足している傾向がある

２．利用者が少ない傾向がある

３．担い手と利用者のバランスはちょうどよい

４．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問１１（１）．担い手の募集にあたって、**貴団体として実施しているもの全てに○**をつけてください。

|  |
| --- |
| １．パンフレット、チラシ、ポスター　　　　　２．ホームページ　　　３．他団体の広報誌４．個別に声掛け　　　５．登録者による紹介　　　６．担い手養成講座・研修会７．広報誌　　　　８．地域ラジオ・FMラジオ　　　９．説明会、交流会１０．ハローワーク　　　１１．掲示板　　　　１２．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問１１（２）．担い手の募集に最も効果があったと考えられるものを、**上記１１（１）の番号の中から１つお答えください。**

番号

|  |
| --- |
|  |

問１２．担い手への研修機会について、貴団体が実施しているもの**全ての番号に○**を付けてください。また、**開催頻度（出席頻度）等についてもご記入**ください。

|  |
| --- |
| 〔内部研修〕１．学習会、勉強会、研修会等　　 　（頻度：年・月・週に　　　　　回）２．交流会　　　　　　　　　　　 　（頻度：年・月・週に　　　　　回）３．新人研修　　　　　　　　　　 　（頻度：年・月・週に　　　　　回）４．ミーティング、定例会の際に　 　（頻度：年・月・週に　　　　　回）５．ケースカンファレンス　　　　 　（頻度：年・月・週に　　　　　回）６．外部から講師を呼んで研修　　　 （頻度：年・月・週に　　　　　回）７．他団体と共催により研修会を開催 （頻度：年・月・週に　　　　　回）　　　　　　　　　　　　　　　　　 （共催の相手先：　　　　　　　　　　　　　　　　）８．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（頻度：年・月・週に　　　　　回）〔外部研修等〕９．社協主催の研修会に参加　　　　　（頻度：年・月・週に　　　　　回）１０．地域包括支援センター主催の研修会に参加１１．地方自治体主催の研修会に参加１２．社協、地域包括支援センター、地方自治体以外の団体主催の研修会に参加１３．資格取得支援１４．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問１３．担い手に対する研修内容について、貴団体として実施しているもの**全ての番号に○**をつけてください。

|  |
| --- |
| １．高齢者・障害者理解　　　２．認知症理解　　　　３．介護職員初任者研修４．介護（介護職員初任者研修を除く）　　５．介助技術　　　　６．調理７．食品衛生（食中毒）　　　８．移送サービス（送迎サービス）　９．掃除　１０．救命救急１１．災害時高齢者・障害者等生活支援　　１２．医療・感染症　　１３．リスクマネジメント（ヒヤリハット）　１４．傾聴　　１５．コミュニケーション　　　　１６．接遇（マナー）　　１７．レクリエーション　 １８．育児・子育て支援　　　　１９．法人理念　　　２０．行政・社会情勢等の動き２１．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**【サービス、活動事業の内容について】**

問１４． 貴団体が行っているサービスについて伺います。

そのサービスが住民相互の支え合いによる「たすけあい活動」、介護保険や障害福祉サービス等の法制度内での「公的サービス」、いずれにも該当しない「その他」の**どの形態で実施されているか、回答するもの全てに○を**つけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービスの種類 | たすけあい活動 | 公的サービス | その他 |
| １．家事援助 |  |  |  |
| ２．介護 |  |  |  |
| ３．入浴 |  |  |  |
| ４．食事（配食や会食）  |  |  |  |
| ５．外出援助 |  |  |  |
| ６．移送サービス（送迎サービス） |  |  |  |
| ７．デイサービス |  |  |  |
| ８. サロン活動 |  |  |  |
| ９．宅老所 |  |  |  |
| １０.作業所・自立訓練・就労移行/継続支援 |  |  |  |
| １１.ショートステイ・宿泊 |  |  |  |
| １２.グループホーム |  |  |  |
| １３.小規模多機能型居宅介護 |  |  |  |
| １４.サービス付き高齢者向け住宅 |  |  |  |
| １５.住宅改修 |  |  |  |
| １６.相談・助言 |  |  |  |
| １７.話し相手  |  |  |  |
| １８.子育て・保育サービス |  |  |  |
| １９.教育サービス |  |  |  |
| ２０.財産管理・保全サービス  |  |  |  |
| ２１.ケアマネジメント（居宅介護支援等） |  |  |  |
| ２２.その他事業〔上記以外を記述ください〕 |  |  |  |

問１５．貴団体が実施するサービスのうち、**平成３０年度の**「たすけあい活動」、「公的サービス」のそれぞれ利用者数（実人数）及び活動時間（回数）についてお答えください。

※１ 概算でも構いません。複数サービス利用者は各サービスそれぞれ１人とカウントしてください。

　 ※２　時間での記載が難しい場合は回数でご記入ください。

　 ※３　実施していないサービスについての記載は不要です。

（１）家事援助・介護・入浴等ホームヘルプサービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | たすけあい活動 | 公的サービス |
| サービス利用者数 | 人 | 人 |
| 活動時間 | 時間（　　　　　　　回） | 　　　　　　時間（　　　　　　　回） |

（２）外出援助・移送サービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | たすけあい活動 | 公的サービス |
| サービス利用者数 | 人 | 人 |
| 活動時間 | 時間（　　　　　　　回） | 　　　　　　時間（　　　　　　　回） |

（３）配食サービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | たすけあい活動 | 公的サービス |
| サービス利用者数 | 　　　　　　　　　　　人 | 　　人 |
| 活動時間 | １日：　　回（　　　　食）週：　　回（　　　　食）月：　　回（　　　　食） | １日：　　回（　　　　食）週：　　回（　　　　食）月：　　回（　　　　食） |

問１６．たすけあい活動と公的サービスの**両者を行っている場合はお答えください。**

活動の担い手の区別について、**当てはまる番号に○**をつけてください。

１．別々の者が行っている。

２．同じ者が行っているが、たすけあい事業と公的サービスを別々に管理している。

３．同じ者が行っているが、たすけあい事業と公的サービスの管理の区別はしていない。

**【財政について】**

問１７．【活動実績のある団体のみご記入ください。】貴団体の**平成３０年度**の収入および支出の総額は、いくらですか。また、その内訳の割合が分かればあわせてご記入ください。

* 社協、生協、ＪＡ等、その団体の運営にあたって親団体がある場合は、親団体の状況ではなく、　　住民参加型在宅福祉サービス事業（活動）そのものについて記入ください（概算額で結構です）。

|  |
| --- |
| １．収入総額　　　　　　　万円　　　　　　　　（収入の内訳）たすけあい活動の利用料収入 　　　　　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　会費収入　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　介護保険に関わる収入　　　　　　　　 　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　障害者総合支援法制度等収入　　　　　 　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　行政からの事業委託収入　　　　　　　 　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　助成金収入　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　寄附金収入　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　　　　　　その他　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　万円２．支出総額　　　　　　　万円 |

問１８．「たすけあい活動」と「公的サービス」の**両者を実施している場合のみお答えください。**

「公的サービス」の収益を「たすけあい活動」にどの程度充当していますか。「たすけあい活動」に係る支出全体に占める割合等をご回答ください。

|  |
| --- |
| １．充当していない２．１～２割程度を公的サービスの収益から充当３．３～５割程度を公的サービスの収益から充当４．５割以上を公的サービスの収益から充当５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問１９.「たすけあい活動」に行政・民間からの**補助金や助成金を受けている場合のみお答えください。**「たすけあい活動」に係る支出全体に占める補助金や助成金の割合等をご回答ください。

|  |
| --- |
| １．１～２割程度を行政・民間からの補助金や助成金から充当２．３～５割程度を行政・民間からの補助金や助成金から充当３．５割以上を行政・民間からの補助金や助成金から充当４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問２０．「たすけあい活動」で提供するサービスについて、**１時間当たり（または１回当たり）の利用料及び担い手の受取り額**はいくらですか。なお、**「サービスの内容にかかわらず利用料は定額」の団体は「１」の欄**に、**「サービスの内容によって利用料が異なる」団体は「２～７」の欄に**ご記入ください。

　＜記入上のお願い＞

　　※１.無料の場合は０と記入してください。

 ※２.内容や距離等の関係で一律に金額を出せない場合は、**平均となる金額**を記入してください。

　(単位：円)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  　　  | 利用料 | 担い手の受取り額 |
| １.内容にかかわらず定額 | 　　　円/１時間（　　　円/１回） | 　　　円/1時間（　　　円/1回） |
| ２.日常生活のお手伝い（家事援助等） | 　　　円/１時間（　　　円/１回） | 　　　円/1時間（　　　円/1回） |
| ３.介護・介助 | 　　　円/１時間（　　　円/１回） | 　　　円/1時間（　　　円/1回） |
| ４.給食・配食 | 　　　　　　　　　円/１食 | 　　　円/1時間（　　　円/1回） |
| ５.移送 | 　　　　　　　　　円/１回 | 　　　円/1時間（　　　円/1回） |
| ６.いきいきサロン・ミニデイ（たまり場）・コミュニティカフェ | 　　　　　　　　　円/１回 | 　　　　　　　　円/1回 |
| ７.その他（　　　　　） | 　　　円/１時間（　　　円/１回） | 　　　円/1時間（　　　円/1回） |

**【課題等】**

問２１．貴団体が活動するうえで、**日常的に協力・連携関係がある団体全てに○**をつけていただき、あわせて**具体的な関わり方（連携内容）**を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | ○印 | 具体的な関わり方（連携内容） |
| １．社会福祉協議会 |  |  |
| ２．ボランティア・市民活動センター |  |  |
| ３．NPO法人 |  |  |
| ４．地方自治体 |  |  |
| ５．民生委員・児童委員（協議会） |  |  |
| ６．自治会・町内会・女性会・青年会（連合会） |  |  |
| ７．老人クラブ |  |  |
| ８．公民館 |  |  |
| ９．ボランティア団体（法人格をもたない） |  |  |
| 10．ボランティア連絡会 |  |  |
| 11．生活協同組合 |  |  |
| 12．農業協同組合 |  |  |
| 13．企業 |  |  |
| 14．労働組合 |  |  |
| 15．商工会議所 |  |  |
| 16．青年会議所 |  |  |
| 17．小・中学校 |  |  |
| 18．高等学校 |  |  |
| 19．大学・専門学校 |  |  |
| 20．警察 |  |  |
| 21．その他（　　　　　） |  |  |
| 22．その他（　　　　　） |  |  |
| 23．その他（　　　　　） |  |  |

問２２．都道府県や市町村等、一定のエリア内で住民参加型在宅福祉サービス団体間の連絡会等がありますか。あれば、その圏域の**該当するものに１つに○**をつけ、**その名称称ならびに所属の有無**についてもご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 圏域 | 連絡会名 | 所属の有無 |
| 【記載例】市町村 | ○○住民参加型連絡会○○有償ボランティア連絡会 | 所属している |
| 都道府県・市町村・地区その他（　　　　　　　　） |  | 所属している／所属していない |
| 都道府県・市町村・地区・その他（　　　　　　　　） |  | 所属している／所属していない |
| 都道府県・市町村・地区・その他（　　　　　　　　） |  | 所属している／所属していない |

問２３．公的制度について、お考えになっていることがございましたらお書きください。

|  |
| --- |
| 〔介護保険等、高齢者施策〕 |
| 〔障害者総合支援法等、障害者施策〕 |
| 〔子育て支援施策〕 |
| 〔生活困窮者自立支援法等、生活困窮者施策〕 |
| 〔その他〕 |

問２４．貴団体が現在直面している活動の課題について、**該当する番号の全てに○**をつけてください。また、貴団体にとって**最も大きな課題と思われる項目について、Ａ・Ｂ・Ｃごとに各１つ、◎印**をお書きください。

|  |
| --- |
| 〔Ａ〕組織運営について１．担い手不足　　　　２．資金不足　　　　３．広報不足　　　　４．利用者の減少５．ハードの老朽化　　　　６．コーディネーターの不足　　　　７．事務局の体制が不十分８．作業マニュアル、就業規則等が未整備　　　　９．人材育成の機会不足10．後継者不足　　　　　11．地域組織（自治会等）との関係づくり12．他事業、他都道府県との連携・協働　　　　13．行政あるいは社協との連携・協働14．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〔Ｂ〕サービス提供体制について１．助け合い活動の利用者負担額　　　　２．たすけあい活動の担い手と介護保険等のヘルパーとの賃金差３．労働基準法との兼ね合い　　　４．活動先（サロンの会場等）の確保５．24時間見守り体制づくり６．サービス提供（申請）のための手続き７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〔Ｃ〕サービスの質について１．医療行為が必要な方へのサービス提供　　　２．サービスのマンネリ化３．ニーズをサービスに結び付けられない　　　４．担い手の専門性が確立されていない５．ニーズの把握ができていない　　　　　　　６．行き場のない方への支援７．生活支援内容の多様化８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問２５．貴団体が現在直面している活動の課題に対して、改善のために実施している取り組みを具体的にお書きください。

|  |
| --- |
|  |

**【介護予防・日常生活支援総合事業について】**

問２６．**高齢者向けサービス（ホームヘルプサービス、移送、配食等）を実施している団体のみお答えください。**介護予防・日常生活支援総合事業により貴団が現に実施、または実施予定としている訪問型サービス、通所型サービスについて、**該当するもの全てに○**をつけてください。

（１）訪問型サービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基準 | サービス種別 | 該当に○ |
| 実施済 | 実施予定 |
| 現行の訪問介護相当 | 訪問介護（訪問介護員による身体介護、生活援助） |  |  |
| 多様なサービス | 訪問型サービスＡ（緩和した基準によるサービス） |  |  |
| 訪問型サービスＢ（住民主体による支援） |  |  |
| 訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス） |  |  |
| 訪問型サービスＤ（移動支援） |  |  |
| 実施しない（移行しない） |  |

（２）通所型サービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基準 | サービス種別 | 該当に○ |
| 実施済 | 実施予定 |
| 現行の通所介護相当 | 通所介護（通所介護と同様のサービス、生活機能の向上のための機能訓練） |  |  |
| 多様なサービス | 通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス） |  |  |
| 通所型サービスＢ（住民主体による支援） |  |  |
| 訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス） |  |  |
| 実施しない（移行しない） |  |

**【生活支援体制整備事業について】**

問２７．生活支援体制整備事業体おける「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」について、貴団体として**該当するものに○**をつけてください。

　※市町村から具体的に示されていない場合は、全て「未定」を選択してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 設問 | 回答 |
| （１）生活支援コーディネーターの受託状況 | １．第1層として受託している２．第1層として受託する予定３．第2層として受託している４．第2層として受託する予定５．受託していない・受託する予定はない６．未定 |
| （２）生活支援コーディネーターの受託時期 | １．平成２７年度　　２．平成２８年度　　　３．平成２９年度　　４．平成３０年度以降　　５．未定 |

問２８．貴団体が活動している市町村（複数の市町村がある場合には、主たる活動市町村）における「協議体」について、ご記入ください。

　※市町村から具体的に示されていない場合は、全て「未定」を選択してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 設問 | 回答 |
| （１）協議体の設置主体 | １．行政　　２．地域包括支援センター　３．社会福祉協議会４．NPO法人（中間支援組織のNPO法人を含む）　５．未定６．その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| （２）協議体の設置時期 | １．平成２７年度　　２．平成２８年度　　　３．平成２９年度　　４．平成３０年度以降　　５．未定 |
| （３）協議体への参加状況 | １．設置主体である　　２．構成員として参画している３．オブザーバー等で参画している４．参画していない５．未定６．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| （４）協議体の構成団体（**該当するもの全てに○**） | １．行政　　２．地域包括支援センター　３．社会福祉協議会４．NPO法人（中間支援組織のNPO法人を含む）５．社会福祉法人６．地縁組織（自治会等）　７．民生委員・児童委員（協議会）８．生活協同組合　９．農業協同組合　１０．民間企業　１１．介護サービス事業者　　１２．シルバー人材センター１３．未定１４．その他（　　　　　　　　　　　　　） |

問２９．「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」や「協議体」について、貴団体の活動への影響や課題についてご記入ください。

|  |
| --- |
| １．地域生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員） |
| ２．協議体 |

**～ご協力ありがとうございました～**