回答先：(有)督クリーエイション

※岐阜県の事業受託者

FAX：０５８－２７７－３２３８

TEL：０５８－２７７－３２６７

Email:taka\_cre@cap.on.ne.jp

**園芸福祉活動におけるアンケートについて**

**※回答期限　令和３年９月３０日（木）**

園芸福祉活動について、貴施設においてどのようにお考えであるか。以下の質問に回答をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 回答方法 | 選択肢がある問 | 該当する回答に○を付けてください。 |

園芸福祉活動とは

　　　園芸福祉は、種をまき、苗を育てて花を咲かせ、収穫するなど植物と接することを通じて、

高齢者の生きがいづくりや子どもの情操教育、障がい者の自立支援、世代間交流などを進め、

人々が健康で生き生きと暮らせる地域社会づくりを目指す活動です。

1. 貴施設において園芸福祉の活動に参加してみたいと思いますか。
	1. **はい**→問２へ　　　　　　　　　　　　　　**②いいえ**　→問８へ
2. 施設内において、どのような場所で園芸福祉の活動をしてみたいですか。
	1. **屋内　（利用者などが作業できる場所がある）**→　問３へ
	2. **屋外　（雨・日よけ場所または、休憩場所が側にある）**→　問４へ

問３．（問２で「屋内」と回答された方）どのような活動内容に興味がありますか。

1. **フラワーアレンジメント　　　　　　　　　　　　 ②押し花**

**③寄せ植え（室内が土などで汚れてもよい場合）　　　④その他（相談して決めたい）**

問４．（問２で「屋外」と回答された方）どのような活動内容に興味がありますか。

**①花壇整備（花・野菜栽培）　　　　　　　　　　　 ②寄せ植え**

1. **その他（相談して決めたい）**

問５．１回あたりの活動時間はどの程度なら。

**①半日での活動　　　　　②２～３時間程度の活動　　③１時間以内の活動**

**④その他（相談して決めたい）**

問６．１回あたりの活動経費について。

**①負担金を出して活動可能（以下についてもお答えください）**

**１）**1,000円/人程度　**２）**500円/人程度　３**）**その他（　　　　円/人）

**②負担金は出せないが参加したい**

問７．活動する際にご対応いただける担当者数　　　**名**

問８．（問１で「いいえ」と回答された方）活動に参加したくない場合の理由を教えてください。

→　裏面もご回答ください

**○ご回答いただいた方に関する情報**

ご連絡先

①施設名：

②住　所：

③担当者：

④TEL：

⑤E-MAIL：

**ご回答ありがとうございました**

※いただいた情報は、岐阜県園芸福祉活動の促進の目的以外には使用しません。