

**— 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)版 —**

**職員用 : 回答シート**

施設・事業所名 : \_\_\_\_\_

**○回答者属性 (どちらかに"○"をつけてください)**

	リーダー層
	一般職員

**○サービス分析シート (あてはまるもの一つに"○"記入してください)**

NO.	できている	できていない ところがある	できていない	知らない・ 分からない
1-1				
2-1				
2-2				
3-1				
3-2				
3-3				
3-4				

NO.	できている	できていない ところがある	できていない	知らない・ 分からない
4-1				
4-2				
4-3				
4-4				
4-5				
4-6				
5-1				

NO.	できている	できていない ところがある	できていない	知らない・ 分からない
5-2				
6-1				
6-2				
6-3				
利用者保護1				
利用者保護2				

**○貴事業所の特に良いと思う点、特に改善したいと思う点をそれぞれ3つ以内で自由にお答え下さい。**

特に良いと思う点	特に改善したいと思う点