

— 身体障害者小規模通所授産施設・知的障害者小規模通所授産施設版 —

職員用 : 回答シート

施設・事業所名 : \_\_\_\_\_

「A」…… 標準項目をすべて満たした状態	「C」…… 標準項目をひとつも満たしていない状態
「B」…… 標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態	「N」…… 知らない・分からない

○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(カテゴリ-6) (あてはまるもの一つに"○"記入してください)

NO.	評点			
	A	B	C	N
6-1-1				
6-2-1				
6-2-2				
6-3-1				
6-3-2				
6-3-3				
6-3-4				

NO.	評点			
	A	B	C	N
6-4-1				
6-4-2				
6-4-3				
6-4-4				
6-4-5				
6-4-6				
6-4-7				

NO.	評点			
	A	B	C	N
6-4-8				
6-5-1				
6-5-2				
6-6-1				
6-6-2				
6-6-3				

○ 組織マネジメント分析シート(カテゴリー1～5、7)  
(あてはまるもの一つに"○"をつけてください)

NO.	評点			
	A	B	C	N
1-1-1				
1-1-2				
1-1-3				
2-1-1				
2-1-2				
2-2-1				
2-2-2				
2-2-3				
3-1-1				

NO.	評点			
	A	B	C	N
3-1-2				
3-1-3				
4-1-1				
4-1-2				
4-1-3				
4-2-1				
5-1-1				
5-1-2				
5-2-1				

NO.	評点			
	A	B	C	N
5-2-2				
7-1-1				
7-1-2				

○ 昨年と比べてよくなったと思う点をご記入ください。  
(カテゴリー8 カテゴリー1～7に関する活動成果 )

○ 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つ以内でご自由にお答え下さい。  
(組織マネジメント分析シート・サービス分析シートの記入を終えてから、事業所全体としてご記入下さい。)

特に良いと思う点 (組織マネジメント分析シート・サービス分析シートをあわせてご記入下さい。)	特に改善したいと思う点 (組織マネジメント分析シート・サービス分析シートをあわせてご記入下さい。)