

就労継続支援B型事業所 [事業者向け自己評価表]

公表：2024年3月29日

アンケート期間：2024年2月1日～2024年2月22日

事業所名：ハースリンク

	チェック項目	はい	いいえ	どちらでもない
1	利用者やご家族が不満や苦情を申し出たときに、素早くていねいに対応できていますか？	3	0	0
2	利用者やご家族の同意を得た支援ができていますか？	2	0	1
3	事業所は適切な支援ができていますか？	1	0	2
4	適切な食事提供ができていますか？	3	0	0
5	怪我や事故が起こった際、速やかに適切な対応ができていますか？	3	0	0
6	利用者やご家族が気軽に相談できる雰囲気作りができていますか？	2	0	1
7	利用者のその日の状態を把握し、適切な相談や助言などの対応ができていますか？	3	0	0
8	言葉づかいや態度、身だしなみは問題ありませんか？	3	0	0
9	利用者様同士の人間関係について、何らかの配慮や調整はできていますか？	3	0	0
10	サービスを利用することで、利用者の心身の状態が改善したり、生活をより充実させることができていると感じますか？	1	0	2
11	利用者は通所を楽しみにしてくれていると感じますか？	1	0	2
12	この事業所を利用者やご家族が友人や知人に紹介してくれると思いますか？	1	0	2