

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------|
| 2310105230 | さくらの丘クリニック |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.2 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.0 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.7 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.2 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 4.5 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 3 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 2 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 10.9% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 28 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 93.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

苦情受付窓口についての説明は分かりやすかったですか？の項目が昨年度に引き続き、低い評価を頂いております。改めて、ご契約の際に説明する内容、方法を統一して取り組み、利用様に分かりやすい説明になるよう努めてまいります。また、利用日の変更に関する要望が通り難いのご指摘も頂いております。出来る限りご要望に沿えるよう取り組んでまいりますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.3 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 7.7 | 4 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 3.6 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.9 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 1 | 3.4 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 5 | 6.4 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 7.5 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.7 | 9 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 7.2 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 9.0 | 3 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 6.7 | 7 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 23.5 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.5 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 11.6 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------------------------|
| 2350180010 | 国家公務員共済組合連合会東海病院介護老人保健施設ちよだ |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.5 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.4 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.3 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 5 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.6 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 3.8 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.5 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.6 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.2 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 4.2 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 40.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 20 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 66.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

回答頂きありがとうございます。ご利用様がリハビリおよび介護サービスをより重要視されていることを改めて確認することができました。細やかな所で満足いくサービスに至っていないとご指摘を頂きましたので、出来る限りご利用様のご要望を伺い、サービスに繋がられるよう努力して参ります。また、契約時の説明や介護プランの評価についての説明では、より分かり易くと心掛けてはおりますが、全ての方にご理解頂くに至っておりませんので、より多くの方にご理解頂けるように改善していきたいと思っております。今後ともデイケアちよだをよろしく願い致します。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.1 | 11 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 2.1 | 11 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | 5 | 2.1 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.3 | 9 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 5.4 | 8 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 9.6 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 10.0 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 3.3 | 9 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 12.1 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.3 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 12.6 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 15.9 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 15.1 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------|
| 2350180028 | 介護老人保健施設 太陽 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.0 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.5 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 3 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 100.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 25 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 83.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

貴重なご意見ありがとうございました。その中で『ひとりで寂しい思いをした』とのご意見に関しまして、一日の支援の中でその様に感じさせてしまった時間があった事に関しまして心からお詫び申し上げます。一日の支援の流れを再確認しご利用者様やご家族様に安心とより多くの笑顔を引き出せる様な支援を心掛けて参ります。又、早朝や夜間、日曜日に営業してほしいとのご意見に関しましては、現状の提供体制では困難であると考えておりますが、貴重なご意見として職員間で共有させて頂き、限られた提供時間の中でより充実しご満足頂ける様に職員一同支援させて頂きますので、引き続き皆様のご理解ご協力の程宜しくお願い致します。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.8 | 8 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 2 | 2.9 | 11 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | 1 | 1.0 | 14 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.2 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 3.8 | 8 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 8.3 | 4 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 5.4 | 6 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 4.1 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 7.3 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 2.9 | 11 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 5 | 16.8 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | | 21.6 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.5 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 4 | 16.5 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2350380024 | 生協わかばの里 介護老人保健施設 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.2 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.3 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.5 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.9 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.8 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 5 | 3.9 | 4.6 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.7 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.6 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.8 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.7 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.8 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.8 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 21.6% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 27 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.6 | 12 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 1.9 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.5 | 7 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 3.2 | 8 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 1 | 2.9 | 9 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 2.6 | 10 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 3 | 7.4 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 9.7 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | 2 | 7.4 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 19.7 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 5 | 17.1 | 3 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 21.9 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------------------|
| 2350380032 | 医療法人紫陽介護老人保健施設シンセーロ会所 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.0 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 3 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.0 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 93.8% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 26 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 86.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

今年度のユーザー評価において、多くの貴重な意見を下さりありがとうございました。頂戴した貴重なご意見は今後サービスの改善に活かしていきたいと思っております。特に、重きをおいて説明をさせて頂いていると考えていた設問2に対して評価が得られていなかった事が分かり、より懇切丁寧に分かりやすく説明を行うように努めて参ります。また、自由記述で頂いた処遇面での対応につきましては、早急に改善を図りたいと思っております。また、ユーザー評価に参加して意見を頂くだけでなく、事業所としてユーザー様の声に耳を傾け、より安心してサービスを受けて頂けるように、努力して参りたいと思っております。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.5 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 3 | 2.8 | 11 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 4.9 | 10 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 1.2 | 14 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 5.8 | 8 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 5.8 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 8.6 | 6 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 8.9 | 4 |
| 9 自宅から近いこと。 | 5 | 6.7 | 7 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 11.7 | 3 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 13.5 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 4 | 17.8 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.8 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 8.9 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------------|
| 2350380057 | 介護老人保健施設 アーチスト |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.8 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.5 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.6 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.6 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.5 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.1 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 3.9 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 3.9 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 3.4 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.6 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.7 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 17.5% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 16 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 53.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

契約書等の説明が低いので分かりやすく丁寧な説明を心がけていきたいと思ひます。ご利用者様の趣向や意見・ご家族様の意見を踏まえた上でのサービス提供ができるように職員間での話し合いを行い、改善に努めてまいりたいと思ひます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.4 | 11 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 5 | 2.9 | 10 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 4.8 | 7 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.3 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 0.0 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 2 | 5.8 | 5 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 4.8 | 7 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 1.9 | 13 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 6.8 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.3 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 18.8 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 19.3 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.4 | 11 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 20.3 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|---------------------------|
| 2370300226 | 上飯田リハビリテーション病院通所リハビリテーション |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.9 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.1 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.2 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 68.2% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 18 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 60.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

評価にご協力いただきまして有難うございます。今回、評価結果より契約の際に細かな説明が十分ではないことを感じました。事業所内において、契約時にわかりやすい説明を徹底させていただくよう取り組んで参ります。サービス内容につきましては、ほぼ満足いただける回答をいただき感謝しております。ご利用するにあたりご利用者様やご家族様は不安に感じる事が多くあるかと思われまます。ご安心してご利用いただくためにより一層の努力をさせていただき、今後も満足していただけるように更なる質の向上を目指して努力をして参ります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 6.1 | 7 |
| 3 個人情報や絶対外に外にもらさないこと。 | | 5.6 | 8 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.6 | 8 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 5.0 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 3 | 5.0 | 10 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 7.8 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 5 | 2.8 | 12 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 13.9 | 3 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.7 | 6 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 9.4 | 4 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 17.8 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 14.4 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|---------|
| 2370300283 | 北病院デイケア |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.6 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 3 | 4.4 | 3.5 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.7 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 3.8 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 | 3.5 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.7 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 3.5 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 3.9 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.0 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.0 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.0 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 3.4 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 21.1% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 24 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 80.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>送迎時間についてのご指摘、ごもっともでございます。人員体制などにより送迎車が減車となり、利用者様にはご迷惑やご不便をおかけしています。個々のニーズが高まる中、個別のサービスをできる限りご提供できるよう、これからも職員一同改善に向けて努めてまいります。また、安心安全な環境作り、信頼しあえる関係作りにも力を入れてまいります。</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.5 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.5 | 13 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 4.1 | 10 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.5 | 8 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.6 | 11 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 9.0 | 3 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 9.0 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 5 | 6.4 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 7.6 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 5.5 | 8 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 18.0 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 18.0 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.3 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 9.0 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|--------------------|
| 2370300374 | あじま診療所デイケア「あじまルーム」 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---|---------|------|-------------|------|
| | 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.8 | 4.1 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.6 | 3.7 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.9 | 4.0 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.0 | 4.4 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.4 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.2 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.1 | 4.4 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 3.9 | 4.0 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.3 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.1 | 4.2 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.2 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.1 | 4.3 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.1 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 5 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 44.8% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 21 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 70.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

サービス内容については一定の評価をいただいております。リハビリ、基本サービスの質を落とさないようにしていきます。契約時の説明についてはポイント押さえてお伝えし、より分かりやすくしていきます。苦情などの対応につきましては、丁寧に対応し納得していただけるように努めていきます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.9 | 11 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.0 | 10 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 11.6 | 3 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.8 | 9 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.6 | 13 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 1.6 | 13 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 7.0 | 8 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 5 | 10.1 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 10.9 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 7.4 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 3 | 12.4 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 10.9 | 4 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.9 | 11 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 12.0 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------------------|
| 2350480006 | 医療法人慈照会老人保健施設ハートフルライフ西城 |

事業者自己評価
ユーザー(利用者)評価

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

自社結果
全体平均
自社結果
全体平均

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.7 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.4 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.9 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 5 | 3.9 | 4.1 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.2 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 3.8 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.7 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.3 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 3.9 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.0 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.0 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.0 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 75.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 26 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 86.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

貴重なご意見を頂き、ありがとうございます。ユーザー評価の結果を真摯に受けとめ、よりご満足いただけるサービスが提供できるよう努めます。「感謝している」「安心して任せられる」等の嬉しいお言葉を頂きました。昼食の献立や味付けをもう少し考えてほしいというご意見を頂きました。今後もイベント食や食事を選べる選択食の実施を続け、楽しみを持っていただけるよう取り組んでまいります。他のご利用者との関係について気配りが感じられないのご指摘も頂きました。その日ごとに机や席の配置を工夫し、皆様に楽しく過ごしていただけるよう努めてまいります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.3 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.1 | 13 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 4.2 | 8 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 2.8 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.7 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 7.6 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 4 | 11.8 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 3.4 | 9 |
| 9 自宅から近いこと。 | 5 | 7.9 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 11.0 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 3 | 15.2 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 16.3 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.5 | 11 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 14.1 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------------------------|
| 2350480014 | 医療法人慈照会介護老人保健施設第二ハートフルライフ西城 |

事業者自己評価
ユーザー(利用者)評価

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

自社結果
全体平均
自社結果
全体平均

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.1 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.0 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.1 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.7 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.1 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 100.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 29 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 96.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

多くの方にご回答頂きありがとうございます。リハビリに対してのご希望、ご意見を多く頂き、皆様の期待の大きさを感じております。ご本人様、ご家族様が「良くなりたい」という思いにお答えできるようデイケア、リハビリスタッフが一丸となってこれからも取り組んでまいります。また、ご本人様が楽しく通われていることへのご家族様の安心感、反対にご様子が分からないとお言葉を頂きましたので、どなたにもお分かりいただける様、書面だけではなく写真などの工夫もしてまいりたいと思います。環境につきましても、気持ちよくご利用いただける様、引き続き、努力してまいります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 4.0 | 9 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 0.5 | 13 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.9 | 7 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.9 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 3 | 9.1 | 5 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 10.4 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 1.9 | 12 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 6.4 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 5.3 | 8 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 12.0 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 18.7 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.4 | 11 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 20.5 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------------------|
| 2310504028 | 医療法人珪山会 鶉飼リハビリテーション病院 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.7 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.4 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.4 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.9 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | * | 4.0 | * | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | * | 4.1 | * | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.8 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.5 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 11.3% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 28 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 93.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

利用者様に対する気配りや調整については、人材育成を含めて取り組んでいきます。そして利用者の皆様が通所リハビリを利用している意義を認識して頂き、活動および社会参加への支援をしていきます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 5.2 | 8 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 4 | 7.2 | 4 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 4.2 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.9 | 7 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 1 | 6.2 | 6 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 6.4 | 5 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 5.2 | 8 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 4.7 | 10 |
| 9 自宅から近いこと。 | 3 | 10.6 | 3 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 0.0 | 14 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 0.5 | 13 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 5 | 19.3 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.2 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 23.3 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------|
| 2310505371 | クリニックかけはし |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | | | |
|---|-------------|------|-----|-----|
| | 自社結果 | 全体平均 | | |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.6 | 4.1 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 3.7 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.4 | 4.0 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.8 | 4.4 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.6 | 4.5 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.0 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.3 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.4 | 4.2 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 4.9 | 4.4 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.3 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 4.2 | 4.1 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 20 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 83.3% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 18 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

自己評価と比較してユーザー評価が低評価であった項目を中心に改善を図りたいと考えています。利用者様の趣向や要望が計画に活かされていないという指摘を頂きましたので、利用者様の要望を聴取する機会を増やし、それらを反映させた計画にしていきたいと考えています。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | 5 | 0.0 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 11.3 | 5 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 5.0 | 9 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.3 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 2 | 2.5 | 11 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 6.7 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 12.1 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.4 | 8 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 10.5 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 12.6 | 2 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 0.0 | 13 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 4 | 17.2 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.8 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 12.6 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------------|
| 2350580011 | 医療法人珪山会老人保健施設第1若宮 |

事業者自己評価
ユーザー(利用者)評価

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

自社結果
全体平均
自社結果
全体平均

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.4 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.3 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.4 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.7 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.7 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 2 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.7 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 2 | 3.9 | 4.0 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 2 | 3.9 | 4.4 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.7 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.8 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 34.1% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 25 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 83.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

ご利用者、ご家族から多数の貴重なご意見をいただきありがとうございます。皆様からは概ね良い評価をいただきましたが、ご家族から、「レクリエーションの内容が常に一緒です」、「車椅子の利用者でもできるレクリエーションがあるとよいです」とのご意見がありました。レクリエーションのマンネリ化は職員も課題認識をしております。今後においては、ご利用者にレクリエーションを楽しんでいただけるよう、新しいレクリエーションを取り入れるなど、今回のご意見をもとにサービスの改善を図り、ご利用者やご家族からの信頼をさらに深められるよう努めてまいります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.3 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.3 | 13 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 3.5 | 10 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 2.6 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 3 | 3.8 | 9 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 6.1 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 11.2 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 6.1 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 11.2 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | 5 | 4.5 | 8 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 15.1 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 18.3 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.6 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 14.4 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------|
| 2370501484 | 通所リハ ウカイ |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.4 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 3.5 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 3 | 4.3 | 4.1 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 3 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | * | 4.0 | * | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | * | 4.1 | * | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 19.1% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 23 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 76.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

今回の調査では、施設の設備や環境、業務内容全般などに対しては概ね満足頂ける結果となりました。しかし、相談窓口や個人情報の取り扱い等、契約業務に於いて他の項目に比べて低い結果となりました。ご本人様の点数が低く、ご家族様間でも差が認められました。今後はご利用時に目立つよう、事業所内に掲示をしていきます。今回、頂いたご意見を元により良いサービスを提供していきたいと思っております。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 11 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 8.6 | 4 |
| 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 6.6 | 8 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 7.8 | 5 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 6.6 | 8 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 2 | 10.7 | 3 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 7.0 | 7 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 4 | 7.8 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.8 | 10 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 0.0 | 11 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 0.0 | 11 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 16.5 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 11 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 5 | 22.6 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------|
| 2350680001 | 介護老人保健施設丸の内 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.1 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 3.4 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 3.9 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.4 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.8 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.1 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.6 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 15 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 68.2% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 8 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 53.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

ユーザー評価にご協力いただきまして有難うございました。
 契約書や苦情窓口についての説明に関しては、わかりやすく丁寧な説明を心掛けてまいります。
 当施設の利用者様が最もご要望されているように、食事・入浴・レクなどの基本サービスの内容を更に充実させ、
 デイケアに通うことがご自宅での生活の質の向上・楽しみにつながっていると満足いただけるよう、努めまいります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 5.0 | 8 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.9 | 7 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 7.6 | 6 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | 5 | 0.8 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 1 | 0.0 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 4.2 | 9 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 4.2 | 9 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 0.0 | 12 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 9.2 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 14.3 | 3 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 3 | 18.5 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 16.8 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 4 | 13.4 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------------|
| 2350680019 | 介護老人保健施設メディケア栄 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | |
|---|-------------|------|
| | 自社結果 | 全体平均 |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 5 | 3.9 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 50.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 26 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 86.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.2 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 0.3 | 13 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | 1 | 2.0 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 6.4 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 4.7 | 9 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 5 | 5.0 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 2 | 2.9 | 10 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 10.2 | 4 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 7.6 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.1 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 19.3 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 18.1 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 4 | 16.1 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------------|
| 2350680027 | 介護老人保健施設セントラレー |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 2.9 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.2 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.7 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 3.9 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 30.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 14 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 46.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|---|
| <p>契約時の内容や個人情報の取り扱いについての説明がわかりやすかったかという項目に関して、ほかの項目と比較して低い結果となりました。契約の際、説明しなければならぬ項目が多い中で、どなたに対してもわかりやすい説明でご理解いただけるよう、説明方法など改善していきたいと思えます。多くの方が高い評価をくださっている項目でも、中にはあまり評価できないと回答されている少数の方もいらっしゃいますので、そういった方々のご意見を大切にしながら、多くの方にご満足いただけるようなサービスが提供できるよう、業務の改善に取り組んでいきます。</p> |
|---|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 4.9 | 8 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 0.5 | 14 |
| 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 7.4 | 5 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.9 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.0 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 3 | 4.9 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 2 | 9.3 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 7.4 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 4.9 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 10.8 | 3 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 15.2 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 19.6 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.0 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 5 | 7.4 | 5 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------|
| 2370600930 | 新栄デイケアセンター |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.6 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.5 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.4 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.8 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.6 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.7 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 50.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 29 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 96.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

自社結果のユーザー順位と事業者の自己評価・ユーザー順位が、1位・2位・3位と同じで嬉しく思います。また、評価の低いポイントだった『認知症の方へのケアが充実していること。』について改善を図りより一層理解しやすい言葉や対応等を心がけていきます。今以上に利用者様の立場になって援助し満足して頂けるようにスタッフ一同サービスを提供していきたいと考えております。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.3 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 4.8 | 9 |
| 3 個人情報や絶対外にもらさないこと。 | | 7.8 | 5 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 2.5 | 12 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 3.7 | 11 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 5 | 6.4 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 9.2 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 4 | 4.8 | 9 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.3 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 5.7 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 3 | 14.3 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 14.7 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.3 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 16.1 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------------------|
| 2350780017 | 医療法人生寿会介護老人保健施設ごきその杜 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.6 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.5 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.5 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 3 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 3 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.7 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.1 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 4.2 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 60.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 19 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 63.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|---|
| <p>いつも当施設をご愛顧いただきありがとうございます。今回の評価につきまして、特に事業所評価より利用者評価が低く出ているのが「重要事項の説明」でした。こちらは前年度も低い評価であり、それを改めるべく取り組んでまいりました。しかしながら評価が伴わず残念な結果となったことを申し訳なく思います。今後は、説明の中で重きを置いていたポイントを再度検討して、分かりやす説明ができるようにスタッフ内で話し合いを行い改善していきます。その他についても慢心せず改善を行っていきますので、来年度の評価もどうぞよろしくお願いいたします。</p> |
|---|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.8 | 11 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 5 | 0.7 | 13 |
| 3 個人情報情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 2.5 | 10 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 2.9 | 9 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 0.7 | 13 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 5.8 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 10.9 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 4 | 8.7 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 4.4 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 9.8 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 2 | 14.9 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 22.9 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.1 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 12.7 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------------|
| 2350780025 | 介護老人保健施設タキガワアリア |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.6 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.9 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.9 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.7 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.2 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.6 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 19.4% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 22 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 73.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|---|
| <p>今回の評価項目の中では、「苦情受付窓口についての説明」の項目が、他の項目より少し点数が下回っております。全国のユーザー評価点数より上回ってはいますが、今後、事業所の相談窓口として、公的機関を活用していただく事ができる旨をより一層、具体的且つ分かりやすく、ご利用者様へご説明させていただきます。</p> |
|---|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.9 | 10 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 2 | 2.2 | 12 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | 1 | 5.4 | 7 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | 3 | 1.8 | 13 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.5 | 11 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 5.4 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 14.0 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 10.0 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.0 | 9 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.5 | 6 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 17.6 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | | 15.4 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 11.5 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------|
| 2370700342 | かわなデイケアセンター |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.2 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.9 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.2 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.0 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 18.9% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 30 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 100.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

接遇面に関しましては、法人で行う研修にも参加し、再度振り返り・指導を行ってまいります。通所リハビリテーションとして、ご利用者様のご希望、身体状況に合わせて、適切な目標・計画・リハビリプログラムを立案・見直しを行い、丁寧な説明とサービスの提供をしていくよう努力してまいります。また多職種協働を心がけ、ケアマネージャーや他事業所、法人内の関係部署とも積極的な連携・情報共有に努めてまいります。これからも、かわなデイケアセンターで、楽しく・充実した時間を過ごしていただけるよう、この評価を踏まえスタッフ一同尽力してまいります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.1 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 8.5 | 5 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 2.8 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.7 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.6 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 4.9 | 9 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネージャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 4 | 10.9 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 8.0 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | 5 | 9.8 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 7.5 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 3 | 7.0 | 8 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 14.5 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.3 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 15.3 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------------------|
| 2310801655 | 名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.8 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.9 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 3.9 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.0 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | * | 4.0 | * | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | * | 4.1 | * | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.0 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.0 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 10.7% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 30 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 100.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

利用者様、ご家族の皆様から貴重な意見を頂きありがとうございます。
 ご指摘いただいた料金体系については、職員一同丁寧でわかりやすい説明を心掛けていきたいと思ひます。重要事項説明書・契約書の説明に関しましても、早期に改善を図り、更なるサービスの質の向上に努めていきたいと考えています。
 また、リハビリテーションの内容、効果の説明や、それに伴う利用者様へのフィードバックが不足することのないよう、より一層の配慮をさせていただきます。利用者様、ご家族の多くの方は、専門職によるリハビリテーションの提供体制が整っていることを重要視されており、職員それぞれが専門性を意識してサービスを提供できるよう努めて参ります

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者順位 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 11 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 4 | 6.7 | 7 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | 3 | 11.2 | 4 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 12.4 | 3 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 7.9 | 5 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 5 | 4.2 | 10 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 6.7 | 7 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 7.0 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 6.7 | 7 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 0.0 | 11 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 0.0 | 11 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 16.4 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 11 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 20.9 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------|
| 2350880007 | 老人保健施設瑞穂 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.2 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.9 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.1 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 3 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 3 | 4.1 | 4.0 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 4.2 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 24.8% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 25 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 83.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>ご自宅での生活を継続するために、デイケアでのリハビリテーションや入浴サービスがとても重要な位置付けであると再認識いたしました。リハビリ会議等で生活状況を確認して困り事の解決に向け、多職種協働で取り組んでまいります。また、皆様に心地よくご利用いただけるよう、職員一同「明るく楽しく元気よく」をモットーに、より一層尽力してまいります。</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.2 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 3.5 | 10 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 2.6 | 13 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.5 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 3.8 | 9 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 2 | 5.2 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 7.0 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 3.5 | 10 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 4.6 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.1 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 5 | 15.9 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 20.9 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.2 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 4 | 17.1 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------|
| 2370800928 | ひなたデイケアセンター |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | |
|---|-------------|------|
| | 自社結果 | 全体平均 |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 37.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 29 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 96.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

お忙しい中ユーザー評価の意義を理解しご協力頂きました皆様に御礼申し上げます。アンケートの結果、多くの項目において平均を上回る評価を頂き、大変ありがたく思います。ご利用者の意識調査で上位に「職員の対応に安心感、信頼感がある事」があり、幸いなことに自由記載欄には「安心して通わせる事ができる」「本人も嫌がる事なく楽しみに出かけるので安心して見送る事が出来る」とのお褒めの言葉も頂いております。これに甘えることなく今後も安心して通える事業所を目指し職員一同努力して参ります。今回ユーザー評価にご参加頂けなかったご利用者様ご家族様も送迎時等職員に率直なご意見ご要望をお聞かせ頂けたら幸いです。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 3.3 | 11 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 6.6 | 8 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 2.3 | 12 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 3.8 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 7.9 | 4 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 6.6 | 8 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 5 | 6.9 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 7.1 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.9 | 6 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 2 | 15.0 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 21.8 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 11.9 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------|
| 2310900085 | 服部病院 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|---|---------|------|-------------|------|
| | | 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.7 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.3 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.4 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 3.9 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.7 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.0 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.7 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.6 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.7 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.0 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.1 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.0 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.0 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 3.9 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 3.4 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.6 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 40.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 27 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

契約書や重要事項説明、苦情相談窓口などについての説明を丁寧に行ってきたつもりであったが、利用者及び家族の受け取り方に違いがあり至らぬ点があったと自覚したので、より一層の丁寧な説明を実施したい。また多くの利用者がサービス提供上重要なものとして「利用者どうしの人間関係が良いこと」を1番に挙げていた。様々な利用者が同じスペースで気持ちよく過ごして頂けるようにスタッフ一同の気配りが求められていると感じた。また、リハビリテーションの充実も多くの利用者の希望するところであり、専門職によるリハビリの一層の提供を検討していきたい。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者順位 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 3.3 | 12 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 6.3 | 9 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.8 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 6.0 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 6.6 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 8.1 | 6 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 13.9 | 1 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 9.3 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 9.0 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 6.6 | 7 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 12.0 | 3 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.2 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 12.7 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|---------------|
| 2310900341 | 熱田リハビリテーション病院 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.9 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.5 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 3.8 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 3.8 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.9 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 12.2% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 25 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 83.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|---|
| <p>苦情受付窓口についての説明を分かりやすく行う。また職員全員が契約内容の把握やサービス内容を理解できるようにし、質問されても回答が出来るようにします。利用者からの相談や意見は重要問題として議題に上げ、解決出来るよう努力します。</p> |
|---|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.7 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 5 | 4.8 | 9 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 5.5 | 8 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.5 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 0.3 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 4.8 | 9 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 2 | 8.2 | 6 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 3 | 6.2 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 14.4 | 2 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 9.6 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 10.3 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 18.9 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.7 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 10.0 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------------------------|
| 2350980005 | みなと医療生活協同組合 介護老人保健施設 あつたの森 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.3 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 2.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.1 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.7 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.7 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 3 | 4.3 | 4.0 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 4.1 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 3.9 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 75.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 29 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 96.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

貴重なご意見をありがとうございました。皆様より高い評価、温かいご意見をいただき、誠に嬉しく思っています。昨年同様、自立支援やリハビリ効果が感じにくいこと、計画書内容が反映されているかわかりにくいことについてご指摘がありました。また、契約書内容やリハビリ内容の理解についてもご指摘をいただきました。「伝える」「理解していただく、実感していただく」ことへの努力が、今後さらに必要かと振り返り反省しております。皆様が安心して在宅生活が送れますよう、積極的な活動、情報提供とともに、よいよいサービスを目指してまいります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.2 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.6 | 7 |
| 3 個人情報や絶対外に外にもらさないこと。 | | 4.8 | 9 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 7.0 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.4 | 13 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 3 | 2.9 | 12 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 4 | 9.9 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 3.1 | 10 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 8.5 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 5.3 | 8 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 16.9 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 18.2 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | 5 | 3.1 | 10 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 10.9 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|---------------------|
| 2350980013 | 医療法人杏園会介護老人保健施設かなやま |

事業者自己評価
ユーザー(利用者)評価

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

自社結果
全体平均
自社結果
全体平均

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.3 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.1 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.4 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.7 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.0 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.7 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.6 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 8.8% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 25 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 83.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

貴重なご意見をありがとうございました。当デイケアではご利用者様へのリハビリに力を入れており、在宅生活が継続できるように支援しております。デイケアに來所して頂き、個々の身体機能やご自宅の環境に合わせたリハビリを提供し、少しでも生活能力が向上できるよう努めております。また、ご利用者様によっては社会参加へのきっかけとしてのリハビリを提供しております。今回の貴重なご意見を参考にさせて頂きご利用者様やご家族様のご要望にお応えできるよう、職員教育・サービス向上に努めさせていただきます。今後ともどうぞよろしくお願い致します。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者順位 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.4 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 6.5 | 6 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 3.1 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.1 | 9 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.4 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 6.1 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 10.9 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 9.2 | 4 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 4.8 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.1 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 8.9 | 5 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 19.1 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.7 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 16.7 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------|
| 2311001321 | 中川診療所 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | 全体平均 | ユーザー(利用者)評価 | | |
|---|------|-------------|------|-----|
| | | 自社結果 | 全体平均 | |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.8 | 4.1 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.3 | 3.7 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.6 | 4.0 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 3.8 | 4.4 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.5 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.4 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.3 | 4.0 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.9 | 4.3 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.1 | 4.2 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.6 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.2 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.3 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.0 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 66.7% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 23 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 76.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

苦情受付窓口、個人情報の取り扱いについての説明は、契約の際、重要事項説明書の内容を読み、さらに分かり易い言葉に噛み砕いて説明していますが、毎回乖離のある項目となっている。いま一度、説明の仕方を見直し、分かり易く説明できるようにしていく。職員の言葉づかい、身だしなみの項目については、自己評価よりも高い評価を付けていただけ、うれしく思う。今後も、高い評価が得られるよう、職員一同身を引き締めていきたい。自立支援の考え方に基づいたサービスを提供という項目でも乖離があった。デイケアでの自立支援の考え方に相違があると考えられる。双方で一致できるよう丁寧な説明をしていきたい。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.2 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 6.2 | 7 |
| 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 4.8 | 10 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.4 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.6 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 3 | 10.6 | 3 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 7.0 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 7.0 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.5 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 5.1 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 12.1 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 19.8 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.6 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 10.3 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------------|
| 2351080003 | 医療法人幸会老人保健施設みず里 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.5 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.3 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.8 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.8 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 2 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.8 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.7 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 2 | 3.9 | 4.4 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.6 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 3 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.7 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 2 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 2 | 3.9 | 4.6 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 36.6% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 26 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 86.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>自立支援の考え方に基づいたサービスに対し、できていないと感じており、またユーザー評価でもできていないと評価されている。それぞれの生活状況を細かくとらえ、リハビリ会議など通してここに合わせた自立を考えながら取り組んでいきたい。苦情受付窓口の説明、最初だけでなく再度説明する機会を考えていく</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.1 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 6.2 | 6 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 4.6 | 9 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.9 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 6.2 | 6 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 9.8 | 3 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 5.4 | 8 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 2.6 | 12 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 8.5 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.6 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 9.5 | 4 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 21.1 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | 5 | 2.6 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 12.9 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|--------------------|
| 2351080045 | 医療法人開生会老人保健施設ラベンダー |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.6 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.2 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.9 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.9 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 3 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.8 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.7 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 3 | 4.1 | 4.6 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.9 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.6 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.9 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.7 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.6 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 47.6% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 16 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 53.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>貴重なご意見ありがとうございました。今回の評価結果を真摯に受け止め、より一層のサービスの向上につなげられるよう職員一同努力を続けてまいります。愛と笑顔・思いやりの心を大切にし、心のこもったケアを通してご利用者・ご家族に満足していただけるリハビリテーションを提供できるよう努めてまいります。今後ともよろしく願い申し上げます。</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者順位 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.2 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 4.0 | 9 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 3.6 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.8 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.2 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 7.2 | 5 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 9.0 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.4 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 4.0 | 9 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 5.4 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 3 | 15.2 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 23.3 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.4 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 12.1 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------|
| 2311101774 | 水谷医院 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 3 | 4.4 | 3.9 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 3 | 4.4 | 2.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 3.1 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 3.9 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.0 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 | 4.4 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 3 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 33.3% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 24 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 80.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

契約や個人情報の説明は、誤解や説明不足が無いように、分かりやすく説明していきたいと思っております。また、時間や日数が経過すると、契約時の内容確認が必要になることも多いため、定期的な説明や対応ができるよう取り組んでいきます。
サービス内容においては、通所時間や送迎時間など個別のニーズに答えながらも、平等なサービスとなるように努めていきます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.7 | 12 |
| 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 9.2 | 6 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.6 | 9 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 4 | 4.2 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 5.0 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 5.0 | 7 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 10.5 | 3 |
| 9 自宅から近いこと。 | 5 | 16.4 | 2 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 10.1 | 4 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 3.4 | 11 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 19.3 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.8 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 9.7 | 5 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2351180001 | 医療法人東樹会あずま老人保健施設 |

事業者自己評価
ユーザー(利用者)評価

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

自社結果
全体平均
自社結果
全体平均

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.6 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.3 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 3.7 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 3 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 3 | 4.3 | 3.9 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.1 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 3.8 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 17.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 27 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

今回の評価により、一つ一つの業務内容を見直すきっかけとなりました。利用者様・ご家族にご満足いただけるサービスを提供できるよう今後のサービス向上に努めて参ります。
重要事項や契約書類など利用者様、ご家族に分かりやすい言葉で説明するよう改善を図ります。
利用者様・ご家族からの要望に合わせた質の高いリハビリテーションを実施できるよう努めます。
利用者様からの趣向や希望を取り入れながら、楽しく過ごせるよう環境を整えて参ります。
利用者様・ご家族からの評価を真摯に受け止め、今後もより安心・信頼いただける通所リハビリテーションサービスを提供できるよう心掛けます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 4.4 | 10 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 2.8 | 13 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 5.3 | 9 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 9.1 | 5 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 3.8 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 4.1 | 11 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 10.3 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 6.9 | 8 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 10.3 | 3 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 7.2 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 2 | 11.9 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 13.1 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.9 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 9.1 | 5 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------------------|
| 2351180019 | 医療法人偕行会老人保健施設ケア・サポート新茶屋 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.2 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 2.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 3.7 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.7 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.7 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 75.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 18 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 60.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

今回のご利用者様から意見を頂いた中でサービスの改善を計る為に日頃のリハビリ、リハビリ会議として日常生活で困っていることを聴取していき、デイケアとしては日中のかかわり、送迎時などでご家族様・ご利用者様ともにお困り事や、ご意見を発信し易い関係性・環境をより一層築けるよう努めていきます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 7.2 | 7 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.5 | 8 |
| 3 個人情報情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 0.0 | 14 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 2.1 | 12 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 5.1 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 11.0 | 3 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 13.1 | 2 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 4 | 2.5 | 11 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.5 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 9.7 | 6 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 16.0 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 11.0 | 3 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.3 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 10.1 | 5 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2351180027 | 医療法人杏園会老人保健施設あんず |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.5 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.1 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.5 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 3.9 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.1 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 3.8 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 3.6 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 3.8 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.0 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 3.9 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 3.9 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 3.6 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 4.3% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 27 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

利用者様のニーズに合ったサービスを提供できるように改善箇所の見直しをしてより良いサービス提供をします

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.7 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.4 | 8 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 2.0 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | 3 | 6.8 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.7 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 5.1 | 9 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 4 | 16.1 | 1 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 7.6 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 6.5 | 7 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.2 | 10 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 2 | 14.1 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 5 | 15.5 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.1 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 12.4 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------|
| 2351180035 | 老人保健施設みなど |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.0 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.7 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 5 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.4 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.5 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.1 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 50 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 50.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 38 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 76.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|---|
| <p>この度は貴重なご意見をありがとうございました。レクリエーションの内容や接遇に関しては、外部研修や施設内学習会等を行うことで、利用者の皆様に充実した時間を過ごしていただけるよう改善に努めて参ります。</p> |
|---|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.7 | 10 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.6 | 13 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 3.0 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 6.2 | 7 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.8 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 2 | 5.5 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 5.3 | 9 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 3 | 8.1 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 13.4 | 2 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.9 | 6 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 11.8 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 20.3 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.7 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 10.8 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------|
| 2351180043 | 老人保健施設かいこう |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.1 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.3 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.0 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.1 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 3.9 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 75.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 20 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 66.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

ユーザー評価にご協力頂き有難うございます。在宅生活でお困りのことや、ニーズの把握に努めリハビリプログラムに取り入れサービスの向上が出来るよう取り組んでまいります。また、貴重なご意見一つ一つを検討課題とし皆様により良いサービスの提供が出来るよう改善に努めてまいります。今後とも、お気づきの点がございましたら、お気軽に職員へお声掛け下さい。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.4 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.7 | 12 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | 5 | 2.1 | 10 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.8 | 8 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.1 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 6.7 | 5 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 1 | 5.4 | 7 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 11.3 | 4 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 6.3 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 2.5 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 15.4 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 22.5 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.7 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 18.3 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------------------|
| 2351180050 | 医療法人杏園会 介護老人保健施設トリトン |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.6 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.0 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.0 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 5 | 3.9 | 3.9 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.0 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.5 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.2 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.1 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 30.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 24 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 80.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

利用者様の不満や苦情は迅速に対応しているつもりでしたが、まだ十分ではないとの結果でしたので皆様に安心してご利用頂けるよう、今後も丁寧に対応していきます。また、入浴後のケアについても同様にご指摘の声を頂いておりますので、どの職員でもきちんとした対処ができる様に努力していきます。一方、連絡帳については良いシステムとお言葉を頂きました。業務改善を行う中で、連絡帳を廃止しようとも考えていましたが、ご家族にとって大切な情報源となっていることを改めて認識できました、出来る限り継続できるようにしていきます。今後もデイケアとしてできることを考え、ご利用頂く皆様の為に頑張っていきたいと思っております。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.0 | 11 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 4 | 4.2 | 9 |
| 3 個人情報や絶対外にもらさないこと。 | 5 | 7.3 | 6 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.0 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 3.0 | 11 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 3.6 | 10 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 12.1 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.8 | 8 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 7.3 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 7.9 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 10.0 | 4 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 18.5 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 14.2 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------------|
| 2311200220 | 善常会リハビリテーション 病院 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.7 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.4 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.7 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.6 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.7 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.1 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.0 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 17.1% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 20 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 66.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

評価結果より、当事業所の評価よりご利用様の評価が低かった項目として、契約時等に行う様々な説明について、同居のご家族様と大きく差はみられていませんでしたがご本人様と大きく差がみられました。このことから、ご利用いただくご本人様に分かりやすい説明となるような工夫が必要であると感じました。次年度に向けて説明用紙と説明方法を変更し改善いたします。また、良い評価をいただいた点として、送迎業務に対し自己評価より高い評価をいただくことができました。職員の努力結果となったことを今後の励みとさせていただきます。今年度もご利用者の皆様より貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.3 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 4.0 | 9 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | 2 | 3.7 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | 1 | 7.1 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.7 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 4.7 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 11.8 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.4 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 4.0 | 9 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 11.4 | 4 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 5 | 7.4 | 5 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 19.9 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.3 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 4 | 16.2 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------|
| 2351280009 | 大同老人保健施設 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.4 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.9 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.2 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.4 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 15 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 37.5% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 15 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 100.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

今回の結果より、ご家族様がリハビリ状況等が把握出来ていないとご意見を頂きました。要介護のご利用者様はリハビリ会議を設けご家族様とお会いし意見交換する事で、リハビリ内容や経過状況を共有していると認識しております。要支援者のご家族様との面談による意見交換が少なかった事が今回の評価結果とっております。今後は、連絡帳等を活用し、ご利用状況の報告等していければと考えております。種々説明に関しましても、今後は分かり易く伝えられるよう努めて参ります。よろしくお願い致します。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.4 | 8 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 12.4 | 4 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 1.4 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.4 | 8 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 0.0 | 13 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 2.8 | 10 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 15.2 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 5 | 9.7 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 16.6 | 2 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.8 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 0.0 | 13 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 19.3 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.7 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 10.3 | 5 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|---------------|
| 2351280017 | 老人保健施設 シルピス大磯 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.8 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.1 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.7 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.6 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.9 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 3.8 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 3.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 | 4.4 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.0 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 3.9 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 3.9 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 3.6 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 29.4% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 25 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 83.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>評価結果にて特に入浴、送迎について利用者様が課題として挙げられています。入浴に関しては利用希望も多く希望通りに利用できない、送迎に関しては送迎順当で利用者様によっては送迎時間が伸びてしまう等考えられます。今回の意見を受け再度ご利用者様のご満足いただける体制を検討しより良いサービスができるよう努力していく所存です。</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.7 | 10 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.7 | 8 |
| 3 個人情報や絶対外にもらさないこと。 | 3 | 1.4 | 13 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 6.1 | 7 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 4.7 | 9 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 6.8 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 9.1 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 1.4 | 13 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 9.5 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 3.7 | 10 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 16.9 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 16.6 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 3.0 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 11.5 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2351280033 | 名南介護老人保健施設かたらいの里 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.3 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.9 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 3.7 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.2 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.2 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.2 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 5 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 75.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 21 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 70.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

ユーザー評価にて「できていない」(2点、1点)と評価された項目につきましては、「できている」と評価されるように改善していきたいと考えております。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.8 | 10 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 3.8 | 10 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 9.8 | 4 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.8 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 5 | 5.3 | 8 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 3.8 | 10 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 14.4 | 1 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 6.1 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.3 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 7.2 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 2 | 13.3 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 13.3 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 3.0 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 7.2 | 5 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------|
| 2371201100 | 名南診療所 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.3 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.3 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.0 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 | 4.6 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.6 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 3 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.7 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 25 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 52.1% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 15 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 60.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

アンケートのご協力ありがとうございました。皆さまからの評価、ご意見を全職員で共有し、今後よりよい環境のデイケアとなるよう努めていきます。特に食事に関しては、評価が低くなっています。高齢者の方が食べやすいように柔らかいものを提供できるように努めていますが、揚げ物などのかたいものに関しましては、切るなど調理方法の工夫をしていきたいと思っています。次に、祝日営業に関しての意見がでました。職員の体制も考慮しながら、検討させていただきます。今後ともよろしく申し上げます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者順位 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.6 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 3.6 | 11 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 2.6 | 12 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 8.7 | 4 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.0 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 5 | 7.7 | 5 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 6.7 | 6 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 4 | 5.6 | 8 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.1 | 9 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.2 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 19.0 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 15.4 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 5.1 | 9 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 10.8 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|---------------|
| 2351380015 | 老人保健施設ウエルネス守山 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.9 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.5 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.5 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.0 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.8 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.0 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.0 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 3.9 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.1 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 29.4% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 27 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

本年度も、貴重なご意見を多数頂きまして、ありがとうございました。ご意見の中には、職員の励みとなるようなお言葉も多く頂きまして、感謝申し上げます。施設が開設しまして22年になりますが、ユーザー評価の結果を真摯に受け止め、今一度、初心に戻り、現状に満足せずに常に問題意識をもち、サービスの質の向上に職員一同努めて参ります。通所リハビリテーションが、利用者様・家族様のご自宅での生活にプラスとなるような支援を常に考え、他職種間で情報共有をし、満足頂ける支援が提供できるように努めて参ります。今後も、貴重なご意見を頂けますよう、宜しくお願い申し上げます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 5.4 | 9 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 2.0 | 12 |
| 3 個人情報や絶対外に外にもらさないこと。 | | 6.2 | 8 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.1 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 4 | 1.4 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 10.5 | 4 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 10.8 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 7.4 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | 5 | 4.8 | 11 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 8.8 | 6 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 3 | 11.0 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 15.6 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 1.7 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 9.3 | 5 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|---------------------|
| 2351380031 | 医療法人博報会介護老人保健施設あまこだ |

事業者自己評価
ユーザー(利用者)評価

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

自社結果
全体平均
自社結果
全体平均

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 3 | 4.4 | 3.7 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 3 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 3 | 4.5 | 4.1 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 3 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 2 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 3 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 2 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 3.9 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 3 | 4.1 | 4.0 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.0 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 | 4.4 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 3 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 3 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 4.1 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 75.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 29 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 96.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>送迎についてはイレギュラーな多様な要因で時間通りいかないこともあります。基本は時間通りに、ゆとりを持って出発し車内車外でも的確な介助を心掛け、何事も対応については連絡帳へ記載し伝えていきます。REHABILITATIONについては利用者の方からの声を読み取る技術を習得しながら目を配り、気配りをして変化に気づく力を養い信頼を得ていく努力をしています。</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.2 | 11 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.5 | 12 |
| 3 個人情報や絶対外にもらさないこと。 | | 5.0 | 7 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 10.0 | 5 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 0.2 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 4.7 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 13.2 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 3.2 | 10 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 8.0 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | 1 | 4.2 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 11.0 | 4 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 18.5 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.7 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 17.5 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2351380049 | 介護老人保健施設ウエルネスきっこ |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | | | |
|---|-------------|------|-----|-----|
| | 自社結果 | 全体平均 | | |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.1 | 4.1 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 3.7 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.2 | 4.0 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.3 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.2 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.6 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.3 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 75.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 26 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 86.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

ほとんどの項目において高い評価をいただき誠にありがとうございます。昨年と同様のご指摘を頂いた点に関しては早急に対処をさせていただきます。また、他にも具体的にご指摘頂いたご意見に関して現状の確認と検討を行い、ケア・リハビリ共に利用者の皆様に満足して頂けるサービスの提供に努めていきます。これからも、よりご満足いただけるサービス提供を続けられるよう結果に慢心せず、一層のサービス向上に努めてまいります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者順位 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.8 | 10 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 7.4 | 5 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 2.1 | 13 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.6 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 5 | 3.0 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 4.4 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 2 | 11.5 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 4.1 | 9 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.6 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 3.8 | 10 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 17.5 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 17.8 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.9 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 12.4 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------------|
| 2371300274 | 生協もりやま診療所デイケアあいあい |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.2 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.1 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.8 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 5 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.8 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.5 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.6 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.7 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 5 | 4.2 | 4.6 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 55.6% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 24 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 80.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.0 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 3.5 | 11 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | 5 | 2.0 | 12 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.9 | 8 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.7 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 6.7 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 11.9 | 2 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 2 | 6.1 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 9.0 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.6 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 11.6 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 4 | 20.9 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 3.8 | 10 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 11.3 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|--------|
| 2371300654 | デイケア志水 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.6 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 9.3% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 27 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

貴重なご意見を頂きとても有難く思っております。送迎時間の問題やリハビリの内容についてスタッフと話し合いました。送迎については予定時間と実際の到着時間との差を確認し、ずれの無いよう調整していきます。リハビリについてはマンネリ化にならないよう各担当で内容を定期的に見直すこと、物療やマシントレーニングの内容や負荷についてもケアスタッフと連携をとって改善に努めます。ユーザー評価の結果もよくコメントで頂いた「暖かい雰囲気信頼でき安心して過ごせるデイケア」を更に向上できるようこれからも努力してまいります

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者 順位 |
|---|-----|-------|--------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 4.8 | 10 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 3.1 | 12 |
| 3 個人情報情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 2.0 | 13 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.4 | 7 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 9.9 | 3 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 5 | 7.9 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 8.2 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.1 | 9 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 8.8 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 5.4 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 3.4 | 11 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 17.2 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.0 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 16.9 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------------------|
| 2371301272 | きとうクリニック通所リハビリテーションセンター |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.3 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.8 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.8 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 5 | 3.9 | 4.5 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.7 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 5 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.4 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.6 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.9 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.6 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 62.5% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 25 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 83.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

この度のユーザー評価アンケートに参加していただいたご利用者様には大変感謝しております。今回は厳しいご指摘などはございませんでしたがこれに驕ることなくサービスを提供していきます。自由記載欄に季節を感じる行事などを取り入れてほしいご要望がございました。デイケアの特性上外出は難しいですが他の形で実現できるよう取り組みたいと思います。私達きとうクリニックはご利用者・ご家族の方々が話しやすく通いやすい関係性を構築できるよう一層努力をしておりますので今後ともよろしくお願いたします。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者順位 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 2.0 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 2.9 | 11 |
| 3 個人情報や絶対外にもらさないこと。 | | 7.6 | 6 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.4 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 2 | 1.7 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 7.6 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 12.0 | 2 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 1 | 9.9 | 3 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 8.2 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 9.6 | 4 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 5 | 7.6 | 6 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 4 | 16.6 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.6 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 7.3 | 9 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------|
| 2311403105 | 大同みどりクリニック |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.3 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 3 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.2 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 3 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 3 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 3 | 4.1 | 4.0 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 3 | 4.3 | 4.2 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 3 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 12.9% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 30 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 100.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>この度の評価結果で一番検討すべき点としまして、ご利用者様と職員のコミュニケーションのあり方を見直すべきだと実感いたしました。そのためには、ご本人の生活の要望に沿ったリハビリテーションの提案と生活課題の明確化が今まで以上に必要だと考えております。また、日ごろからご利用者様には話しかけやすい環境であることを心がけると共に、専門職が評価した内容をわかりやすく説明しリハビリテーションが提供できるよう努めていきたいと思っております。</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.1 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 2 | 9.0 | 4 |
| 3 個人情報情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 2.8 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.9 | 7 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 5.0 | 9 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 5.3 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 6.7 | 6 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 3.4 | 10 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 18.5 | 1 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 7.8 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 0.0 | 13 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 16.8 | 3 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 17.6 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------|
| 2351480005 | 介護老人保健施設みどり |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 問 | 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | |
|-----|---------|-------------|------|
| | | 自社結果 | 全体平均 |
| 問1 | 5 | 4.4 | 3.8 |
| 問2 | 5 | 4.4 | 3.6 |
| 問3 | 5 | 4.5 | 3.8 |
| 問4 | 5 | 4.2 | 4.0 |
| 問5 | 5 | 3.9 | 4.1 |
| 問6 | 5 | 4.0 | 4.0 |
| 問7 | 5 | 3.9 | 3.9 |
| 問8 | 5 | 4.3 | 4.1 |
| 問9 | 5 | 4.0 | 3.9 |
| 問10 | 5 | 3.9 | 3.5 |
| 問11 | 5 | 3.9 | 3.9 |
| 問12 | 5 | 4.1 | 3.8 |
| 問13 | 5 | 4.0 | 4.1 |
| 問14 | 5 | 4.1 | 4.6 |
| 問15 | 5 | 4.3 | 4.3 |
| 問16 | 5 | 4.1 | 3.9 |
| 問17 | 5 | 4.2 | 4.0 |
| 問18 | 5 | 4.2 | 3.6 |
| 問19 | 5 | 4.0 | 3.7 |
| 問20 | 5 | 3.9 | 3.9 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 93.8% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 22 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 73.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

この度は、ユーザー評価にご協力いただいたご家族様には心より感謝申し上げます。また、皆様のあたたかい励ましのお言葉に職員一同大変恐縮いたしております。今回、自社評価とユーザー評価の点数の開きが多く、改めて認識の甘さを痛感しております。食事内容の改善、備品の充実など、ご利用者の皆様が快適に過ごしていただけるよう改善していきます。今回の結果を踏まえ、ご利用者様、ご家族様に安心してご利用いただけるよう職員一同サービスの向上に努めて参ります。今後ともよろしくお願ひ致します。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 6.8 | 7 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 1 | 4.4 | 11 |
| 3 個人情報絶対に外にもらさないこと。 | | 5.7 | 8 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.1 | 12 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.4 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 2 | 7.1 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 9.1 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 4.7 | 10 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.7 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 7.8 | 5 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 12.2 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 5 | 19.6 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.7 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 8.8 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2351480013 | 医療法人清水会ひかり老人保健施設 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | |
|---|-------------|------|
| | 自社結果 | 全体平均 |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 40.5% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 27 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

令和元年度ユーザー評価にご協力して下さったご利用者様・ご家族様ありがとうございました。皆様から頂きました評価結果より、以下のことを改善していきます。ご契約時の説明では一度にたくさんの内容を説明するため、分かりにくいと感じる方も多そうです。その都度質問して頂けるように配慮しながら説明するように致します。食事については栄養士と共に利用者様からの意見を参考にし、料理の味に対する改善や季節にあったメニューも考えて参ります。送迎については、どうしてもご利用者様の急な休み等によって送迎時間にバラツキが出てしまいます。送迎時間が大きく変わる場合は、電話でご連絡します。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.5 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.6 | 6 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 3.7 | 10 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.2 | 8 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.9 | 12 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 5 | 3.7 | 10 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 15.7 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.9 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.6 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.3 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 4 | 18.8 | 1 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 17.0 | 2 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.0 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 2 | 11.1 | 4 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2351480021 | 医療法人清水会まこと老人保健施設 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | | | |
|---|-------------|------|-----|-----|
| | 自社結果 | 全体平均 | | |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.0 | 4.0 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 3 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.5 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 | 4.1 | 4.1 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 1 | 3.9 | 3.8 | 4.0 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.0 | 4.3 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.1 | 4.4 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.2 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 100.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 26 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 86.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

皆様からの貴重なご意見に感謝致します。昨年同様に多くの方からご好評を頂くことができ、ほっと胸をなでおろしております。ご利用中の様子や状態変化への気づきは連絡帳を中心に、随時お電話や送迎時に説明させて頂き、家族様と共有できるよう努めます。今後も安心して利用者様が在宅生活を継続できるよう、ケアマネージャー様とも連携し効果的なご支援を目指して参ります。今後ともよろしくお願い致します。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 4.7 | 8 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.2 | 12 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 1.2 | 12 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 7.3 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 5 | 0.0 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 4.1 | 9 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネージャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 8.1 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 1.7 | 11 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 6.1 | 7 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 9.3 | 4 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 18.9 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 19.5 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | 3 | 2.6 | 10 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 4 | 15.4 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------|
| 2371400637 | わかさとクリニック |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.1 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.9 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.2 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.0 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.1 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.0 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 4.0 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 3.9 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 57 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 101.8% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 50 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 87.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

全利用者様に評価をお願い致しました。
88%ものご利用者様とご家族様から御回答をいただいた事に誠に感謝致します。スタッフの対応に安心感、信頼感があることが何より重要であることを具体的なご意見として頂戴致しました。信頼して通所リハビリへ通えている、思いやりを大切にすることが安心感につながっているといた恐縮してしまうご意見もありました。反面、利用者様が楽しく、安全に、備品設備の充実を恒常的に考えていくこと。身体のリハビリだけでなく、認知機能レベル向上も求めていることなど利用者様の思いに十分に答えていないご指摘もありました。その思いにスタッフは寄り添い、心に留めより良い介護に活かして参ります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者 順位 |
|---|-----|-------|--------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.6 | 13 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 2.6 | 9 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 2.0 | 12 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 2.3 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.2 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 10.4 | 4 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 7.0 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.3 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 4.5 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.8 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 3 | 18.9 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 20.2 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.2 | 11 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 16.9 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|--------------------|
| 2371400652 | ひらおクリニックデイケアセンターとも |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.5 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.9 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 | 4.4 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.4 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 3 | 4.1 | 4.5 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.5 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.6 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.1 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 20 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 83.3% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 16 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 80.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>ご利用者様、ご家族の皆様から頂いたご意見、ご希望に少しでも近づけますよう小さな事も、お話しして頂きスタッフ皆で話し合い、悪い所は改善し、できる限りご希望に添えます様に努力させていただきます。</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 5.7 | 8 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 2.9 | 13 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | 2 | 5.7 | 8 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.6 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.3 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 8.0 | 4 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 6.9 | 6 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 3.4 | 12 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 7.5 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.9 | 6 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 9.8 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 18.4 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 5.7 | 8 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 5 | 12.1 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------------|
| 2371401189 | この整形外科デイケアセンター |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.3 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.9 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 3.8 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 5 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 5 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.7 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 5 | 3.9 | 4.3 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 5 | 4.1 | 4.4 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.5 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 55.6% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 21 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 70.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

ご意見ありがとうございます。真摯に受け止め、職員一同、努力いたします。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.4 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 0.7 | 14 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 1.4 | 12 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 8.4 | 4 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 5 | 2.5 | 11 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 7.7 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 8.4 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 3 | 7.0 | 7 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 6.7 | 8 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.0 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 2 | 10.5 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 4 | 21.8 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 4.6 | 10 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 13.0 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-----------|
| 2311500843 | メイトウホスピタル |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.5 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 3 | 4.4 | 4.3 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.5 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.7 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.8 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.7 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.8 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | * | 3.9 | * | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 3 | 4.1 | 4.4 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.6 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.6 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.7 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 42.9% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 27 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 90.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

評価頂いた結果から、ご利用者様へわかりやすい説明を心掛けるよう今後も努めて参ります。文字や図表など工夫して後から見ても説明がわかるような取り組みを実施して参ります。また、雰囲気作りとして、運動し易い雰囲気や目標に向かって頑張れるような仕組みづくりを今後も検討していきます。毎月の健康に関する講習会なども、アンケートを実施して皆様のご意見が反映されるような運営を努めて参ります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.5 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 6.4 | 6 |
| 3 個人情報や絶対外にもらさないこと。 | | 3.2 | 11 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 5.0 | 9 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 4 | 3.8 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 5 | 6.1 | 7 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 2 | 9.6 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.3 | 8 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 8.2 | 5 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 9.6 | 3 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 1.2 | 13 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 20.5 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.9 | 14 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 18.7 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------|
| 2351580002 | 名東老人保健施設 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.4 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.6 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 3.5 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.2 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 3 | 4.0 | 4.4 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.1 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.9 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.0 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.1 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 3 | 4.2 | 4.3 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.4 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 49.2% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 24 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 80.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

個人情報の取り扱いの説明が不十分であったことを痛感致しました。解りやすく説明するように指導致します。ご利用者やご家族に安心してご利用できる通所リハビリテーションを目指し努力する所存です。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 6.7 | 7 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.2 | 9 |
| 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 0.6 | 13 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 4.5 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 2 | 0.0 | 14 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 7.3 | 5 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 7.3 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 3.6 | 11 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 9.7 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | 5 | 6.1 | 8 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 14.8 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 4 | 17.9 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 3.0 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 13.3 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|----------------------------|
| 2351580010 | 医療法人東恵会介護老人保健施設星ヶ丘アメニティクラブ |

事業者自己評価
ユーザー(利用者)評価

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

自社結果
全体平均
自社結果
全体平均

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.4 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.3 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.3 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.7 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.7 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 3 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.7 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 | 4.5 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.5 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.7 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 3 | 4.0 | 4.8 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 3 | 4.1 | 4.7 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.7 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 3 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 3 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 3 | 4.0 | 4.4 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 49.2% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 28 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 93.3% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

今回も貴重なご意見を頂きありがとうございました。今回は全体平均よりもかなり高い評価をいただき嬉しく思う反面、今後も同じような評価をいただけるようにより一層気を引き締めていかなくてはという思いを強く感じております。入浴に関して自由記載にてもう少し丁寧に対応してほしいとご意見を頂きましたのできちんと満足いただけるサービスを提供できるように、また、個別ケアをより充実させご利用者様のご希望にしっかりと対応できるように職員一同努力していきたいと思っております。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.3 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 5.6 | 6 |
| 3 個人情報情報を絶対に外にもらさないこと。 | | 2.8 | 13 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | 5 | 3.3 | 10 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | 4 | 3.3 | 10 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 5.1 | 8 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 2 | 12.6 | 3 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 6.4 | 5 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 5.6 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.1 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 16.4 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 3 | 17.4 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 3.3 | 10 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 12.6 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2351580028 | 医療法人博報会老人保健施設のこし |

事業者自己評価
ユーザー(利用者)評価

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

自社結果
全体平均
自社結果
全体平均

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.4 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.4 | 4.4 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 5 | 4.5 | 4.6 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.8 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 5 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 | 4.8 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 | 4.8 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.6 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 5 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 5 | 4.1 | 4.8 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 | 4.8 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 | 4.8 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 5 | 4.2 | 5.0 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.8 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.9 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 15 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 50.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 12 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 80.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

貴重なご意見・ご感想ありがとうございました。
また、全体的に自己評価よりもユーザー様の評価が高く、大変うれしく思います。
より良いサービス向上のためスタッフと共有し、御利用者様・御家族様には
より一層満足のあるサービスを提供できるように改善していきたいと思っております。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者 % | 利用者順位 |
|---|-----|-------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.0 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 1 | 3.3 | 11 |
| 3 個人情報情報を絶対に外にもらさないこと。 | 5 | 6.0 | 7 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 10.0 | 5 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 2.7 | 13 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 2 | 4.0 | 9 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 3 | 7.3 | 6 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 4 | 3.3 | 11 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 11.3 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.0 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 12.0 | 3 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | | 16.7 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 5.3 | 8 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | | 14.0 | 2 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|-------------|
| 2351580036 | 虹ヶ丘介護老人保健施設 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | | | |
|---|-------------|------|-----|-----|
| | 自社結果 | 全体平均 | | |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.0 | 4.1 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.7 | 3.7 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 3.9 | 4.0 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.5 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 3 | 4.0 | 4.5 | 4.4 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.4 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 3.8 | 4.1 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.0 | 4.0 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.1 | 4.3 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.7 | 4.4 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.3 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.5 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 44 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 104.8% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 26 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 59.1% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

貴重なご意見ありがとうございます。リハビリテーションについては、利用者様や家族様と連絡を密に行い、希望を確認しながら在宅生活が充実していくよう対応していきます。入浴についても要望を伺いながら、皆様に満足していただけるよう対応していきます。今後もより一層のサービス向上を目指し、利用者様、家族様の満足度を高められるよう職員一同努めていきます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 3.8 | 10 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 4.8 | 7 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 4.5 | 9 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 3.5 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 1.4 | 13 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 3.1 | 12 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 9.3 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 10.4 | 4 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 6.2 | 6 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 4.8 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | | 15.6 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 13.5 | 3 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | 3 | 1.4 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 1 | 17.6 | 1 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|--------------|
| 2351680000 | 老人保健施設サンタマリア |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| 事業者自己評価 | ユーザー(利用者)評価 | |
|---|-------------|------|
| | 自社結果 | 全体平均 |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 |
| 問2 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 |
| 問3 あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 |
| 問4 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 |
| 問5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 4 | 3.9 |
| 問6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 |
| 問7 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 4 | 3.9 |
| 問8 ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 5 | 4.3 |
| 問9 リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 3 | 4.0 |
| 問10 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 |
| 問11 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 |
| 問12 ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 |
| 問13 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 |
| 問14 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 |
| 問15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 5 | 4.3 |
| 問16 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 5 | 4.1 |
| 問17 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 |
| 問18 (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 |
| 問20 (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 4 | 3.9 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|--------|---|
| 参加利用者数 | 23 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 100.0% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 20 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 87.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

| |
|--|
| <p>日頃は当施設のサービスをご利用下さり、誠に有難うございます。ご要望として頂いたカラオケにつきましては、ご利用曜日によっては歌の会なども開催しておりますが、他の曜日でも歌うことが出来る様、レクリエーション内容を検討して参ります。今後も皆様にはご理解とご協力を賜りますよう、心からお願い申し上げます。皆様に安心してご利用頂ける通所リハビリテーションを目指して、職員一同日々精進して参ります。</p> |
|--|

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 0.4 | 14 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | | 1.9 | 13 |
| 3 個人情報等を絶対に外にもらさないこと。 | | 4.9 | 9 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 2.6 | 11 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 5.6 | 8 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | | 9.3 | 4 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | 5 | 9.3 | 4 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | 4 | 8.6 | 6 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 4.5 | 10 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.7 | 7 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 2 | 15.3 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 1 | 17.5 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 2.2 | 12 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 11.2 | 3 |

令和元年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果
(通所リハビリテーション(デイケア))

| 事業者番号 | 事業者名 |
|------------|------------------|
| 2351680042 | 介護老人保健施設リハビリス井の森 |

| 事業者自己評価 | | ユーザー(利用者)評価 | |
|---------|------|-------------|------|
| 自社結果 | 全体平均 | 自社結果 | 全体平均 |

1. 事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

※回答がなかった場合、事業所[---]、利用者[*]
※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|-----|-----|
| 問1 | 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 4.3 | 4.1 |
| 問2 | 苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.4 | 3.8 | 3.7 |
| 問3 | あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報、“同意なし”に他人へ話さないことについての説明は分かりやすかったですか？ | 4 | 4.5 | 4.0 | 4.0 |
| 問4 | 現在利用しているサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はずばやく、ていねいに対応してくれますか？ | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.4 |
| 問5 | 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.5 |
| 問6 | 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.4 |
| 問7 | 職員に伝えたご本人の趣向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサービス内容に活かされていると思いますか？ | 3 | 3.9 | 4.2 | 4.2 |
| 問8 | ケアマネジャーとデイケア事業所の間では、連絡・調整がとれていると思いますか？ | 4 | 4.3 | 4.4 | 4.4 |
| 問9 | リハビリテーションの内容や効果に満足していますか？ | 4 | 4.0 | 4.3 | 4.1 |
| 問10 | 食事の献立、味付けや食べやすさなどに満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.0 |
| 問11 | 入浴サービスの内容に満足していますか？ | 4 | 3.9 | 4.2 | 4.3 |
| 問12 | ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用者との人間関係についての気配りや調整がなされていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.2 |
| 問13 | 送迎サービスの時間帯は希望が反映され、約束の時間は守られていますか？ | 4 | 4.0 | 4.6 | 4.4 |
| 問14 | 送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか？ | 4 | 4.1 | 4.6 | 4.6 |
| 問15 | 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？ | 4 | 4.3 | 4.5 | 4.3 |
| 問16 | 事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか？ | 4 | 4.1 | 4.4 | 4.3 |
| 問17 | 通所リハビリテーション(デイケア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービスとなっていますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.4 |
| 問18 | (名古屋市からの設問)利用されている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いて、サービスの改善に努めていると感じますか？ | 4 | 4.2 | 4.4 | 4.2 |
| 問19 | (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？ | 4 | 4.0 | 4.2 | 4.1 |
| 問20 | (名古屋市からの設問)事業者からのサービス全般について、満足していますか？ | 3 | 3.9 | 4.3 | 4.2 |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

上記の事業所からサービスを受けている利用者のうち、今回の評価事業にご参加いただいた利用者の参加状況は次のとおりです。

| | | |
|---------|-------|---|
| 参加利用者数 | 30 | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者数を表します。 |
| 利用者の参加率 | 69.8% | 上記事業所の全利用者のうち、無作為抽出により評価票の記入を依頼した利用者の割合を表します。 |
| 評価票の回収数 | 23 | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者数を表します。 |
| 評価票の回収率 | 76.7% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。 |

3.事業者のコメント

今回の評価結果に基づく事業者のサービスの改善方法等に関するコメントは、次のとおりです。

契約時の書類の説明不足が感じられました。分かりやすく丁寧に説明していきます。また、送迎時間が長いとのことがありました。できる限りご希望にそえるように改善していきます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

次の表は、サービスの提供又は利用にあたり、上記の事業者又は当該事業所からサービスを受けている利用者が、それぞれの立場から最も重要視している事項を次の項目の中から5項目選択していただき、その結果を記載しています。

| | 事業者 | 利用者% | 利用者順位 |
|---|-----|------|-------|
| 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 | | 1.9 | 12 |
| 2 契約やサービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。 | 5 | 6.4 | 6 |
| 3 個人情報や絶対的に外にもらさないこと。 | | 0.0 | 14 |
| 4 利用料金が適正なこと。 | | 6.4 | 6 |
| 5 地域での評判が良いこと。 | | 4.5 | 11 |
| 6 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 | 4 | 6.4 | 6 |
| 7 居宅介護支援事業所のケアマネジャーと十分な連絡・調整がとれていること。 | | 8.0 | 5 |
| 8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 | | 5.8 | 10 |
| 9 自宅から近いこと。 | | 9.9 | 4 |
| 10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 | | 6.1 | 9 |
| 11 食事、入浴、レクリエーションなどの基本サービスの内容が充実していること。 | 1 | 16.3 | 2 |
| 12 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。 | 2 | 16.6 | 1 |
| 13 認知症の方へのケアが充実していること。 | | 0.6 | 13 |
| 14 専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士)によるリハビリテーションの提供体制が整っていること。 | 3 | 11.2 | 3 |