	2310105230 さくらの丘クリニック		事業和評	皆自己 価	(利月	ザー 用者) 価
1.事業		ユーザー(利用者)評価の実施結果について	自社	全体	自社	全 体
	※ユーザー評価の公表		結果	均	結果	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	4.2
問2	苦情受付窓口(事説明は分かりやす	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 けかったですか?	5	4.3	3.8	3.8
問3		り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 りやすかったですか?	5	4.4	3.9	4.1
問4		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 いいに対応してくれますか?	4	4.3	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	目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		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 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 ると思いますか?	通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい	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	4.1	4.3	4.1
問10	食事の献立、味何	寸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?	5	4.0	4.3	4.3
問12	ご本人が楽しく過 ていますか?	かごせるよう、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	4	4.1	4.3	4.1
問13	送迎サービスの問	寺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	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.7	4.4
問17	通所リハビリテー スとなっています	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 か?	4	4.1	4.4	4.4
問18		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 善に努めていると感じますか?	3	4.1	4.4	4.2
問19	(名古屋市からの けていると感じま	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すか?	3	4.1	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	4.0	4.3	4.2

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	40	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	16.5%	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	36	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。

・契約時の説明、苦情受付窓口の説明、についての設問にて事業者評価よりもユーザー評価が下回っています。貴重な意見を頂きましたので今後に活かせるよう、契約時の説明方法を見直して行きます。・プログラムの間など空き時間の使い方についても意見を頂きました。モニターや動画など活用し、有意義な時間を提供出来るように取組んでまいります。・冷房設備についてのご意見頂きました。出来る限り快適にサービスを受けて頂けるよう環境整備をしてまいります。

	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。		4.2	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。		4.8	8
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。	4	3.8	10
4	利用料金が適正なこと。		2.7	12
5	地域での評判が良いこと。		2.1	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。		3.4	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。	3	7.4	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	5	8.2	4
9	自宅から近いこと。		8.6	3
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		7.2	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。		6.7	7
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	21.7	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		2.1	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	17.1	2

	等者番号	事業者名		皆自己		·ザー 用者)
		東海病院介護老人保健施設ちよだ	部自	価 全		·価 全
1.爭業	者自己評価とユーザー(利用者)評値 ※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、[-]	曲の美施結果について	社結果	工体 平均	社結果	王 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	4.2
問2	苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役説明は分かりやすかったですか?	と所、国民健康保険団体連合会など)についての	5	4.3	3.9	3.8
問3	あなた(ご利用者)やご家族に関する個/ ての説明は分かりやすかったですか?	、情報は、"同意なし"に他人へ話さないことについ	5	4.4	4.2	4.1
問4	現在利用しているサービス内容について すばやく、ていねいに対応してくれますか	、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者は	5	4.3	4.8	4.4
問5	職員の言葉づかいや態度、身だしなみに	はいかがですか?	5	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 内容に活かされていると思いますか?	び、通所リハビリテーション計画や実際のサービス	4	3.9	4.2	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(ると思いますか?	デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい	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?	4	4.1	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	4.1	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますが	·?	4	4.0	4.3	4.3
問12	ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利用 ていますか?	者との人間関係についての気配りや調整がなされ	4	4.1	4.0	4.1
問13	送迎サービスの時間帯は希望が反映され	1、約束の時間は守られていますか?	5	4.1	4.5	4.4
問14	送迎サービスは、運転や乗降介助に安全	全面の配慮があり、安心して利用できますか?	5	4.2	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	4.6	4.4
問16	事業所の設備や備品、清掃状況などの野	環境は整っていますか?	5	4.0	4.6	4.4
問17	通所リハビリテーション(デイケア)の利用 スとなっていますか?	は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービ	4	4.1	4.4	4.4
問18	(名古屋市からの設問)利用されている事 て、サービスの改善に努めていると感じま	事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞い ですか?	5	4.1	4.5	4.2
問19	(名古屋市からの設問)事業者から自立まけていると感じますか?	支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受	4	4.1	4.3	4.1
問20	(名古屋市からの設問)事業者からのサー	ービス全般について、満足していますか?	4	4.0	4.3	4.2

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	57.7%	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	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。

貴重なご意見ありがとうございました。コロナ禍の影響にて時短営業や一時利用者数が減ったこともありましたが、利用者様も倍以上増えましたこと、そのような中で良い評価を頂け大変喜ばしいと思っております。土、祝日の営業をご希望される意見もたくさん頂き、令和7年1月から祝日営業を、また2月から土曜営業を始めさせていただくことになりました。皆様の温かい評価を頂けましたことは私共スタッフ一同にとって大きな励みとなります。皆様のささやかなご希望など今後も大切にしていきたいと思っております。これからもより満足していただける施設作りを目指し努力して参りたいと思います。

	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。		4.3	8
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		1.4	12
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。		4.3	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	4.9	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	12.5	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。		13.6	2
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。		13.0	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	20.3	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。	5	0.9	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	13.0	3

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		ザー 月者)
	後者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について		自 全		自	価 全 生
	※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、[-]		住 結 果	体 平 均	社 結 果	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	4.1	4.2
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 説明は分かりやすかったですか?	いての	3	4.3	3.7	3.8
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の説明は分かりやすかったですか?	とについ	4	4.4	4.0	4.1
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、事業所の打すばやく、ていねいに対応してくれますか?	担当者は	4	4.3	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?		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 内容に活かされていると思いますか?	ービス	4	3.9	3.8	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとると思いますか?	れてい	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	4.1	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	3.5	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?		4	4.0	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 ていますか?	がなされ	4	4.1	4.0	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	4.1	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が) ₇ ડે	4	4.2	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	4.4	4.4
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	4.0	4.3	4.4
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スとなっていますか?	なサービ	4	4.1	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 て、サービスの改善に努めていると感じますか?	よく聞い	4	4.1	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打けていると感じますか?	是供を受	4	4.1	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	4.0	4.0	4.2

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	43.5%	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	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、ご要望を頂き大変感謝しております。「寝具の共用について」臥床を希望される方は多数おみえになりその都度シーツ交換を行うのは困難である為、枕のタオルのみを毎回交換させて頂いております。スタッフに直接ご要望を伝えづらい場合はケアマネージャー様を通じてご相談ください。「レクリエーションの充実について」当施設では認知症予防のレクリエーション「シナプソロジー」を導入しており30分程度提供させて頂いております。シナプソロジー以外にも皆様に楽しんで頂ける活動を検討して、レクリエーションの充実に努めてまいります。「主任の対応、受付の態度について」今後も同じことが無いように改善をしてまいります。

	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。		5.9	7
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		5.9	7
4	利用料金が適正なこと。		3.5	10
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	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。	5	6.2	6
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		2.7	11
9	自宅から近いこと。		8.4	4
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。	2	17.0	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	20.5	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		1.9	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	12.4	3

	事業者番号事業者名2350380008介護老人保健施設サン・くすのき				ユーザー (利用者)	
		価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	価 全	自	·価 全 生
	※回答がなかっ ※ユーザー評	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	社結果	体 平 均	社 結 果	体 平 均
問1	契約書や重	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	4.2
問2		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)についてのいやすかったですか?	4	4.3	3.6	3.8
問3		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 は分かりやすかったですか?	4	4.4	3.9	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	4.2	4.4
問5	職員の言葉	ぎづかいや態度、身だしなみはいかがですか?	3	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?	3	4.0	4.2	4.4
問7		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 い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 ると思いま	ャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれていすか?	4	4.3	4.3	4.4
問9	リハビリテー	ーションの内容や効果に満足していますか?	4	4.1	3.9	4.1
問10	食事の献立	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	入浴サート	ごスの内容に満足していますか?	4	4.0	4.0	4.3
問12	ご本人が第 ていますか	としく過ごせるよう、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?	4	4.1	3.8	4.1
問13	送迎サービ	ご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	4.1	4.4	4.4
問14	送迎サービ	ごスは、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	4.2	4.5	4.6
問15	感染予防學	や衛生面の対応に安心感が持てますか?	4	4.3	4.4	4.4
問16	事業所の記	段備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか?	3	4.0	4.1	4.4
問17	通所リハビ スとなってい	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 ハますか?	4	4.1	4.3	4.4
問18		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 スの改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.2	4.2
問19		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 感じますか?	4	4.1	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?	3	4.0	4.0	4.2

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	46.2%	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	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。

この度は、貴重なご意見をいただきありがとうございました。評価をいただく中で、デイケアご利用にあたり、サービス内容や職員の対応に安心・信頼感が持てることが求められていると認識しました。日頃からコミュニケーションを大切にし、その中からニーズなどを伺い、より良いサービス提供に繋げていけるよう努めてまいります。

	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	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。		2.4	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		2.4	10
4	利用料金が適正なこと。		7.7	6
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	10.9	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	13.0	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		2.9	9
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。		5.8	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。	3	13.5	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	18.6	1
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。	2	11.9	4

	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			(利)	·ザー 用者) :価
1.事業	と 大者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	 自 社	全 体	自社	··· 全 体
	※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、[-]	結 果	平 均	結 果	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	4.0	4.2
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	4.3	3.6	3.8
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ての説明は分かりやすかったですか?	5	4.4	3.8	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	td 5	4.3	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?	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	4.2	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	4.2	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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	4.0	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	4	4.0	4.3	4.3
間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ていますか?	h 4	4.1	4.1	4.1
間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	4.1	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	4.2	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	4.3	4.4
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	4.0	4.2	4.4
間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スとなっていますか?	-ビ 4	4.1	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て、サービスの改善に努めていると感じますか?	4	4.1	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けていると感じますか?	受 4	4.1	4.1	4.1
間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	4.0	4.1	4.2
		<u></u>	·		

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	23.4%	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	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。

契約書、苦情受付窓口について、個人情報の取り扱いの説明など評価が全体平均を下回る結果となりました。 説明する際によりわかりやすく、簡潔にお伝えできるように改善していきたいと思います。気軽に相談できる雰囲 気作りについては大規模型の通所リハビリテーションとなりますが、ご利用者への声掛けを意識して、おひとりお ひとりの声に耳を傾けられるようにしていきたいと思います。口腔ケアを専門にしている職員の配置のご意見をい ただきました。今後口腔・栄養のケアについてはさらに重要なものとなりますので、検討していきたいと思います。

	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。		4.5	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		4.5	9
4	利用料金が適正なこと。		7.7	4
5	地域での評判が良いこと。		1.3	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	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。	3	7.2	6
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	5	5.6	8
9	自宅から近いこと。		3.4	11
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		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。		12.2	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	18.8	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		2.4	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	17.5	2

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 無常がかった場合、事業所一、利用者)評価の実施結果について 特別である。 第2所一、利用者) 課題 第一項 対している。 第2所一、利用者) 課題 第一項 対している。 第2 所一、利用者) 課題 第一項 対している。 第2 所一、利用者) 課題 第一項 対している。 第2 所の相談意口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての 認別は分かりやすかったですか?		養者番号 事業者名 0380032 医療法人紫陽介護老人保健施設シンセーロ会所		事業有目亡 (利 証価		ザー 月者) 価
関2 芸信交付窓口(事業所の和談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての	1.事業	※回答がなかった場合、事業所[]、利用者[*]	社 結	体 平	自社結	··· 全 体 平
説明は分かりやすかったですか? 5 4.3 3.4 3.8 3.9 3.8 3.8 3.8 3.8 3.8 3.8 3.8 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9 3.9	問1		7,7	Ť	1	
一切 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 すばやく、ていないに対応してくれますか?	問2		5	4.3	3.4	3.8
方はやく、ていねいに対応してくれますか? 方は、	問3		5	4.4	3.8	4.1
問る 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 4.2 4.4 は 3.9 4.4 4.5 間 3 4.0 4.2 4.4 は 3.9 4.0 4.2 は 4.4 は 4.1 4.1 は 4.	問4		は 5	4.3	3.9	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 内容に活かられていると思いますか?	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
内容に活かされていると思いますか?	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	4.2	4.4
3と思いますか?	問7		4	3.9	4.0	4.2
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?	問8		4	4.3	4.2	4.4
111 入浴サービスの内容に満足していますか? 5 3.9 4.0 4.0 4.1 4.3 112 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 4.1 4.1 4.1 113 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 4.1 4.1 4.4 4.1 4.1 4.4 114 115	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	4.1	4.0	4.1
10 11 12 13 14 15 15 15 16 16 16 16 16	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
Tいますか?	問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	5	4.0	4.1	4.3
日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 4.1 4.4 4.6 日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 4.4 4.6 日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 4.0 4.1 4.4 4.1 4.4 4.1 4.4 4.1 4.1 4.4 4.1 4.1 4.4 4.1 4.1 4.4 4.1	問12		h 4	4.1	4.1	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 4.2 4.4 4.6 目 4.2 4.4 4.6 目 5 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 4.4 日 4.0 4.1 4.1 4.4 日 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 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	4.1	4.1	4.4
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?	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	4.2	4.4	4.6
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 4 4.1 4.1 4.4 4.1 4.1 4.4 目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 4.1 4.0 4.2 目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 4.1 4.0 4.1 目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?	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	4.4
スとなっていますか?	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	4.0	4.1	4.4
て、サービスの改善に努めていると感じますか? 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? 間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?	問17		<u>4</u>	4.1	4.1	4.4
けていると感じますか?	問18		4	4.1	4.0	4.2
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 4.0 4.2 4.2	問19		受 4	4.1	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	4.0	4.2	4.2

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	166.7%	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	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	88.0%	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。

毎年、名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価事業に参加させて頂いております。先ずはご協力を下さった利用者様、ご家族様に感謝申し上げます。有難うございました。職員の接遇面で厳しいご意見を賜りました。貴重なご意見を真摯に受け止め、職員への教育を行っていきます。ご利用くださる全ての方が快適に楽しく過ごして頂けるような事業所となるよう努力して参ります。

	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。		0.7	12
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		1.3	10
4	利用料金が適正なこと。	4	1.3	10
5	地域での評判が良いこと。		0.3	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。		5.1	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。	5	3.0	8
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		4.0	7
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。		5.7	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	26.6	1
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	3	22.6	2
13	認知症の方へのケアが充実していること。		2.7	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	14.5	3

1.事業者自己評価と ※回答がなかった場 ※ユーザー評価の公	選老人保健施設 アーチスト ユーザー(利用者)評価の実施結果について *、事業所[]、利用者[*]	自	価 全	(利月 評	価
※回答がなかった場 ※ユーザー評価の公	、事業所[]、利用者[*]			台	
問1 契約書や重要	X 2 0 3 4 30 1 1 1	社 結 果	主体平均	自社結果	全体平均
	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	4.2
	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 すかったですか?	4	4.3	3.0	3.8
	f)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 りやすかったですか?	4	4.4	4.0	4.1
	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 ないに対応してくれますか?	4	4.3	4.2	4.4
問5 職員の言葉づれ	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
	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 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 ると思いますか	と通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい ?	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	4.1	4.0	4.1
問10 食事の献立、明	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?	4	4.0	4.3	4.3
問12 ご本人が楽しく ていますか?	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	4	4.1	4.3	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	4.1	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	4.2	4.4	4.6
問15 感染予防や衛生	E面の対応に安心感が持てますか?	5	4.3	4.4	4.4
問16 事業所の設備	P備品、清掃状況などの環境は整っていますか?	4	4.0	4.5	4.4
問17 通所リハビリテー スとなっていま	-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 「 -か?	5	4.1	4.5	4.4
	D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 女善に努めていると感じますか?	5	4.1	4.2	4.2
問19 (名古屋市から けていると感じ	D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 ごすか?	4	4.1	3.8	4.1
問20 (名古屋市から	り設問)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	4.0	4.0	4.2

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	27.3%	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	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。

【苦情受付窓口についての説明が分かりやすかったか】と【利用されている事業所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るか】に乖離が見られました。苦情受付窓口が分かりにくい為、ご利用者様やご家族様からの意見が届きにくくなり、サービス改善にも繋がらない状態であると考えます。その為、契約時に苦情受付窓口についてお伝えする以外にも、苦情を受けた際に改めて窓口の案内を行います。次に、いただいた意見は現場の職員へ速やかに報告し、改善策を検討、実施することでサービス改善に努めて参ります。

	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。		4.1	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。		1.0	13
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		4.1	11
4	利用料金が適正なこと。		6.7	7
5	地域での評判が良いこと。		4.6	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	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。	3	8.7	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		6.2	8
9	自宅から近いこと。		7.7	5
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	12.8	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	19.0	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		1.0	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。	2	11.3	3

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 日本 会 会 会 会 会 会 会 会 会		美者番号 0300226	事業者名 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		皆自己 価	ユー (利月 _証	
#3 - デーギー解の必称にいまか。	1.事業			社	体	自 社	 全 体
18		※ユーザー評価	Tiの公表をしない場合、[-]				
説明は分かめやすかったですか?	問1	契約書や重	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	4.2
TO説明は分かりやすかったですか?	問2			5	4.3	3.7	3.8
1	問3			5	4.4	4.2	4.1
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 は 3.9 4.5 4.2 は 3.9 4.5 4.4 は 4.1 4.1 4.1 は 4.	問4			4	4.3	4.4	4.4
開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?	問5	職員の言葉	ぎづかいや態度、身だしなみはいかがですか?	4	3.9	4.7	4.5
内容に活かされていると思いますか? 4 3.9 4.5 4.2 4.4 4.1 4.2 4.8 4.6 4.2 4.8 4.6 4.3 4.6 4.4 4.3 4.6 4.4 4.3 4.6 4.4 4.3 4.6 4.4 4.1 4.	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
5 4.3 4.5 4.4 1.1	問7			4	3.9	4.5	4.2
日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	問8			5	4.3	4.5	4.4
間11 入浴サービスの内容に満足していますか?	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	4.1	4.1	4.1
112 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?	問10	食事の献立	z、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
世間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? 1	問11	入浴サービ	、スの内容に満足していますか?	4	4.0	4.4	4.3
日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 4.4 4.2 4.8 4.6 日15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか? 4 4.2 4.8 4.6 4.1 4.3 4.6 4.4 日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 4.0 4.5 4.4 4.1 4.4 4.1 4.4 4.1 4.4 4.1 4.4 4.1 4.4 4.2 日17 (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 4.1 4.4 4.2 4.1 4.3 4.6 4.4 4.2 4.5 4.6 4.4 4.5 4.6 4.4 4.2 4.5 4.6 4.4 4.2 4.5 4.6 4.4 4.5 4.6 4.4 4.2 4.5 4.6 4.4 4.2 4.5 4.6 4.4 4.2 4.1 4.5 4.6 4.4 4.2 4.1 4.2 4.1 4.4 4.2 4.1 4.4 4.2 4.1 4.2 4.1 4.2 4.1 4.2 4.1 4.2 4.1 4.2 4.1 4.3 4.6 4.4 4.2 4.1 4.2 4.3 4.6 4.4 4.2 4.1 4.2 4.1 4.2 4.1 4.2 4.1 4.2 4.3 4.4 4.2 4.1 4.2 4.1 4.2 4.3 4.3 4.6 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.2	問12			4	4.1	4.0	4.1
日15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか?	間13	送迎サービ	こ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	4.1	4.5	4.4
1	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	4.2	4.8	4.6
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	問15	感染予防や	や衛生面の対応に安心感が持てますか?	4	4.3	4.6	4.4
スとなっていますか?	問16	事業所の認	g備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか ?	3	4.0	4.5	4.4
て、サービスの改善に努めていると感じますか? 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? 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?	問17			4	4.1	4.4	4.4
けていると感じますか? 4 4.1 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?	問18			4	4.1	4.4	4.2
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 4.0 4.3 4.2	問19			4	4.1	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	4.0	4.3	4.2

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	18.8%	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	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。

今回、評価をご協力いただきありがとうございました。人間関係や不満や苦情について評価がやや低い結果となりました。ご利用にあたり利用者や家族からのご意見を頂けるような環境を整えてまいります。また、接遇面でご不快に感じられることがあり大変申し訳ありませんでした。信頼できるよう思いやりのある言葉かけを心掛けてまいります。ご不満や相談などありましたらいつでもお声えしていただけるよな体制を作ります。専門職によるリハビリについて満足していただけ有り難く感じております。今後も安心して在宅生活が続けられるように寄り添っていきたいと思っております。

	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	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。		9.7	5
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		6.7	7
4	利用料金が適正なこと。		11.3	3
5	地域での評判が良いこと。	5	10.0	4
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	4.6	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。		6.2	8
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。		8.4	6
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		5.7	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	4.9	11
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	12.9	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。	1	13.7	1

	事業者番号 事業者名					·ザー 用者)
	0300283	北病院デイケア		価	評	価
1.事業	※回答がなか	「価とユーザー(利用者)評価の実施結果について った場合、事業所[]、利用者[*] 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	4.2
問2		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 かりやすかったですか?	4	4.3	4.1	3.8
問3		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 ま分かりやすかったですか?	5	4.4	4.2	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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?	3	3.9	4.1	4.5
問6	職員は、気	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		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 かされていると思いますか?	3	3.9	4.0	4.2
問8	ケアマネシ ると思いま	ジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれていまか?	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	4.1	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	3.9	4.0
問11	入浴サート	ビスの内容に満足していますか?	3	4.0	4.4	4.3
問12	ご本人が ていますか	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い?	4	4.1	4.1	4.1
問13	送迎サート	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	4.1	4.2	4.4
問14	送迎サーロ	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.3	4.4
問17		「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 いますか?	4	4.1	4.3	4.4
問18		i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 、スの改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.0	4.2
問19		i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感じますか?	3	4.1	4.0	4.1
問20	(名古屋市	i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	4.0	4.1	4.2

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	19.2%	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	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。

ご利用者様、ご家族様の率直なご意見をうかがうことができ、大変参考になりました。接遇に関しては、職員と個別に面談を行い指導を行ってまいります。アンケート結果を全職員と共有し、より満足していただけるデイケアつくりを目指してまいります

	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。		3.6	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。		0.4	14
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		7.2	7
4	利用料金が適正なこと。		9.0	5
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	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。		7.6	6
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		9.4	4
9	自宅から近いこと。		1.1	13
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。	1	11.2	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	22.7	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。	3	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。	4	12.9	2

	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」				ユー (利月	
		-	評自	価 全		価 全
1.争养		ユーザー(利用者)評価の実施結果について r、事業所[]、利用者[*] &をしない場合、[-]	1社結果	本平均	1社結果	本 平 均
問1	契約書や重要事	耳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	4.2
問2		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 「 すかったですか?	5	4.3	4.2	3.8
問3		る。か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 いやすかったですか?	5	4.4	4.5	4.1
問4		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 「 ないに対応してくれますか?	5	4.3	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	4.7	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	4.7	4.4
問7		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 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? ると思いますか・	と通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい?	5	4.3	4.7	4.4
問9	リハビリテーション	ンの内容や効果に満足していますか?	5	4.1	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?	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	4.0	4.6	4.3
問12	ご本人が楽しく〕 ていますか?	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	5	4.1	4.2	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?	5	4.1	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	4.2	4.8	4.6
問15	感染予防や衛生	三面の対応に安心感が持てますか?	5	4.3	4.7	4.4
問16	事業所の設備や	P備品、清掃状況などの環境は整っていますか?	4	4.0	4.5	4.4
問17	通所リハビリテー スとなっています	-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 「 ⁻ か?	5	4.1	4.7	4.4
問18		り設問)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 女善に努めていると感じますか?	5	4.1	4.5	4.2
問19	(名古屋市からの けていると感じま	D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 にすか?	5	4.1	4.5	4.1
問20	(名古屋市からの	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	4.0	4.5	4.2

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	45.5%	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	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。

ご利用中の様子や、デイケアの中の様子についてわからないため見学できればというご意見をいただいております。様子を写真でお伝えしたり、連絡帳に様子を書くことを増やしていったりしたいと思います。また見学も随時可能ですのでお越しいただけるようにお伝えしていきます。またレクリエーションの内容充実についてもご意見をいただいており、デイケアの特徴として運動中心のレクリエーションを増やせるように検討していきます。

	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。		2.7	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。		3.0	8
3	個人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。		1.5	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	3.8	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。		3.0	8
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	5	8.3	5
9	自宅から近いこと。		13.9	4
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		5.9	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。	3	16.3	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	21.3	1
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	16.0	3

	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		·ザー 用者) :Œ
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	自 社	全 体	自社	·価 全 体
	※回答がなかった場合、事業所 ※ユーザー評価の公表をしない	ī[]、利用者[*] v場合、[-]		結果	·· 平 均	結果	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	3.9	4.2
問2	苦情受付窓口(事業所 説明は分かりやすかっ		津康保険団体連合会など)についての	5	4.3	3.5	3.8
問3	あなた(ご利用者)やこ ての説明は分かりやす		同意なし"に他人へ話さないことについ	5	4.4	3.8	4.1
問4	現在利用しているサーすばやく、ていねいに		情を申し出た時に、事業所の担当者は	4	4.3	4.2	4.4
問5	職員の言葉づかいや意	散員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか?					4.5
問6	職員は、気軽に相談で	できる雰囲気作りをしていますが	ウℷ ?	4	4.0	4.4	4.4
問7	職員に伝えたご本人の 内容に活かされている		ビリテーション計画や実際のサービス	4	3.9	4.1	4.2
問8	ケアマネジャーと通所! ると思いますか?	リハビリテーション(デイケア)事	業所の間では、連絡・調整がとれてい	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	7.9	4	4.1	3.8	4.1
問10	食事の献立、味付ける	?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	4.0	4.0	4.3
問12	ご本人が楽しく過ごせんでいますか?	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	4	4.1	3.9	4.1
問13	送迎サービスの時間帯	詩は希望が反映され、約束の 時	時間は守られていますか?	4	4.1	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	4.2	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	4.4
問16	事業所の設備や備品、	、清掃状況などの環境は整って	ていますか?	4	4.0	4.3	4.4
問17	通所リハビリテーション スとなっていますか?	(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	4	4.1	4.2	4.4
問18)利用されている事業者は、ご 努めていると感じますか?	利用者やご家族からの意見をよく聞い	4	4.1	4.1	4.2
問19	(名古屋市からの設問 けていると感じますか・		考え方に基づいたサービスの提供を受	4	4.1	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	こついて、満足していますか?	4	4.0	4.0	4.2

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	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。

ユーザー評価にご協力いただきありがとうございます。通所リハビリテーションをご利用いただく理由は、やはりリハビテーションのため、ご利用者、ご家族は意識が高くあります。物足りないというご意見もありましたので、リハビリをする目的、また目標を明確にして取り組み、効果や満足を感じていただけるようにしていきます。担当者からの契約書や苦情窓口などの説明が不十分であることもご指摘いただき、契約書など書類が多いことも含め、見直しながら分かりやすいものにしていきたいと思います。

	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。		5.5	7
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		5.5	7
4	利用料金が適正なこと。		5.2	9
5	地域での評判が良いこと。		1.2	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。	5	4.9	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。	4	10.3	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		4.3	11
9	自宅から近いこと。		6.7	5
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		6.1	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	10.3	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	16.7	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。	3	21.9	1

	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				(利)	-ザー 用者) ² 価
1.事業	と 者自己評価とユーザー(利)	用者)評価の実施結果について	 自 社	全体	自社	- 加 全 体
	※回答がなかった場合、事業所[]、利用 ※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]	月者[*]	結果	並	結果	·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	4.2
問2	苦情受付窓口(事業所の相談! 説明は分かりやすかったですか	窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)につい >>?	ての 5	4.3	3.8	3.8
問3	あなた(ご利用者) やご家族にての説明は分かりやすかったで	関する個人情報は、"同意なし"に他人へ話さないことに ごすか?	5	4.4	4.0	4.1
問4	現在利用しているサービス内容 すばやく、ていねいに対応して	腎について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当 くれますか?	6者は 5	4.3	4.5	4.4
問5	職員の言葉づかいや態度、身	職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか?				
問6	職員は、気軽に相談できる雰囲	国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 内容に活かされていると思いま	希望などが、通所リハビリテーション計画や実際のサー すか?	ビス 3	3.9	4.6	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリラ ると思いますか ?	ーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれ	てい 4	4.3	4.5	4.4
問9	リハビリテーションの内容や効果	果に満足していますか?	3	4.1	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?	3	3.9	3.8	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足して	ていますか?	3	4.0	4.6	4.3
問12	ご本人が楽しく過ごせるよう、他 ていますか?	2のご利用者との人間関係についての気配りや調整がた	なされ 4	4.1	4.0	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	4.1	4.4	4.4
問14	送迎サービスは、運転や乗降が	介助に安全面の配慮があり、安心して利用できますか?	4	4.2	4.7	4.6
問15	感染予防や衛生面の対応に安	そ心感が持てますか?	4	4.3	4.4	4.4
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	4.0	4.3	4.4
問17	通所リハビリテーション(デイケ) スとなっていますか?	ア)の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサ	ナービ 4	4.1	4.7	4.4
問18	(名古屋市からの設問)利用されて、サービスの改善に努めてい	れている事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく いると感じますか?	聞い 4	4.1	4.2	4.2
問19	(名古屋市からの設問)事業者 けていると感じますか?	から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供	共を受 4	4.1	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	4.0	4.3	4.2

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	クコ	ゾン	/ኑ
----	---	---	----	----	----	----

ĺ	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。			7
 4.サ-				1
	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、	事	利	利 用
	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。	· 業 者	用 者 %	者順位
1	土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。		0.5	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。		3.8	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		3.8	10
4	利用料金が適正なこと。	5	7.3	5
5	地域での評判が良いこと。		1.1	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。		5.1	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	11.1	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。		5.4	7
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		6.8	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	17.6	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	4	18.6	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。	1	13.2	3

	事業者番号 事業者名 2310502238 医療法人珪山会 鵜飼病院				ユーザー (利用者)	
	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			全	自	価 全 ***
	※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、[-]	社 和 身	Ė	体 平 均	社 結 果	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	4.2
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 説明は分かりやすかったですか?	ついての 5		4.3	3.6	3.8
間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 ての説明は分かりやすかったですか?	ことについ 4		4.4	3.9	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	の担当者は 4		4.3	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	4.4	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内容に活かされていると思いますか?	サービス 3		3.9	4.2	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整かると思いますか?	ぶとれてい 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		4.1	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		4.0	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でいますか?	整がなされ 4		4.1	4.4	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?	5		4.1	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	ナカ・? 4		4.2	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	4.4
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		4.0	4.4	4.4
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 スとなっていますか?	的なサービ 4		4.1	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 て、サービスの改善に努めていると感じますか?	をよく聞い 4		4.1	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けていると感じますか?	の提供を受 4		4.1	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	?		4.0	4.3	4.2

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。

利用者様の評価では、苦情相談窓口についての項目で評価が低いという結果でした。利用者様やご家族様により丁寧に説明していきます。利用者様からのコメントでは、『リハビリで今後どのように進んだらいいのか、何かいい方法があればアドバイスでも欲しい』とコメントを頂きました。全ての利用者様の不安の解消に少しでも役に立てるよう、適切に助言できるよう努めます。ご意見や感想からは『食事の食器が病院と同じでせめて変えてほしい』とコメントを頂きました。食器の変更ができないか検討していきます。今回のご意見をもとにサービスの改善に努めていき、利用者様やご家族様からの信頼をさらに深められるよう努力を重ねてまいります。

	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。		2.3	12
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		7.5	6
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。		4.6	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	5.2	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。	5	7.8	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		6.4	7
9	自宅から近いこと。		6.4	7
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		5.5	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。	2	16.5	1
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	16.2	2
13	認知症の方へのケアが充実していること。		0.9	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	12.2	3

	事業者番号 事業者名 2310504028 医療法人珪山会 鵜飼リハビリテーション病院					ューザー (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		自 社	全 体	自社	全 体
	※回答がなかった場合、事業所[※ユーザー評価の公表をしない場合	-]、利用者[*] }、[-]		結 果	平 均	結 果	平 均
問1	契約書や重要事項説明書	まなどの説明は分かりやすかったですか?		4	4.4	4.5	4.2
問2	苦情受付窓口(事業所の説明は分かりやすかった)	相談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会な ですか?	ど)についての	4	4.3	4.2	3.8
問3	あなた(ご利用者)やご家 ての説明は分かりやすか	族に関する個人情報は、"同意なし"に他人へ話さったですか?	さないことについ	4	4.4	4.1	4.1
問4	現在利用しているサービンすばやく、ていねいに対応	ス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事 ぶしてくれますか?	業所の担当者は	4	4.3	4.6	4.4
問5	職員の言葉づかいや態度	き、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 内容に活かされていると思	向や希望などが、通所リハビリテーション計画や実 思いますか?	実際のサービス	4	3.9	4.5	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハ ると思いますか?	ビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・	調整がとれてい	3	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?		5	4.1	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?		*	3.9	*	4.0
問11	入浴サービスの内容に満	足していますか?		*	4.0	*	4.3
間12	ご本人が楽しく過ごせるよ ていますか?	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	3	4.1	4.0	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) ₇	*	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?	*	4.2	*	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?		3	4.3	4.1	4.4
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	4.0	4.5	4.4
問17	通所リハビリテーション(テスとなっていますか?	「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	4	4.1	4.3	4.4
問18	(名古屋市からの設問)利 て、サービスの改善に努る	用されている事業者は、ご利用者やご家族からの りていると感じますか?)意見をよく聞い	4	4.1	4.3	4.2
問19	(名古屋市からの設問)事けていると感じますか?	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	5	4.1	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	きすか?	4	4.0	4.4	4.2

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	11.5%	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	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。

①感染対策について:医療機関として、マシンの清掃などへの配慮は欠かさずに実施してまいります。 ②利用者様同士の交流について:毎年2回、交流の機会を設けておりますが、通所に来られた際の交流の充実を目指し、集団リハの内容刷新などを実施してまいります。 ③駐車場の問題:ご不便をおかけして大変申し訳ございません。今後の感染状況等を鑑みつつ、面会時間の変更なども考慮してまいります。

	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。		6.6	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。	3	9.3	4
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		2.7	11
4	利用料金が適正なこと。		7.3	7
5	地域での評判が良いこと。	4	7.6	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。	5	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。		6.8	8
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		3.7	10
9	自宅から近いこと。		8.6	5
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		1.0	12
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。	2	15.9	2
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	20.8	1

23708	事業者番号 事業者名 2370501484 通所リハ ウカイ				·ザー 用者)
1 車業=	801484 週別リハ リルイ 者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	·価 全	評 自	·価 全
*	日日 Lift IIII C	社 結 果	体 平 均	社 結 果	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	4.2
	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 说明は分かりやすかったですか?	4	4.3	4.4	3.8
	らなた(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	4.4	4.3	4.1
	見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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	4.8	4.4
問5 耳	戦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	4.8	4.5
問6 耳	戦員は、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
	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	4.6	4.2
	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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 〕	Jハビリテーションの内容や効果に満足していますか?	4	4.1	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?	*	3.9	*	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	*	4.0	*	4.3
	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	4.3	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	4.1	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	4.2	5.0	4.6
問15 月	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	4.4
問16 号	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	4.0	4.5	4.4
	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	4.1	4.5	4.4
	(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	4.1	4.4	4.2
	(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	4.1	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	4.0	4.3	4.2

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	14.6%	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	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。

今回の調査結果では、職員の対応やサービス内容全般に対して概ね満足して頂ける結果を頂きました。 しかし、機器の順番など利用者様が気持ち良くご利用して頂けない部分があるとのご意見を頂きました。 今後は、今回頂いた意見を元に改善を図りより良いサービスを提供していきたいと思います。

	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	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	8
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		3.8	10
4	利用料金が適正なこと。		7.6	6
5	地域での評判が良いこと。		4.1	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	9.4	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。	4	6.4	7
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	3	8.8	5
9	自宅から近いこと。		11.4	3
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		2.3	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	12
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	18.7	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。	1	21.9	1

	集者番号 事業者名 0680019 介護老人保健施設メディケア栄		者自己 ² 価	(利)	·ザー 用者) :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	— 自 社	全 体	自社	血 全 体
	※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、[-]	結果	平均	結果	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	3.9	4.2
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	4.3	3.5	3.8
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	4.4	3.5	4.1
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、事業所の担当者に すばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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	4.4	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	4.1	4.2
間8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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?	4	4.1	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	3.9	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	3	4.0	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	4.1
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	4.1	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	4.2	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	4.5	4.4
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	4.0	4.6	4.4
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ドスとなっていますか?	4	4.1	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	4.1	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?	5	4.1	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	4.0	4.2	4.2

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	32.9%	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	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	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。

`

	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	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			利
	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 %	用者順位
1	土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。		4.0	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。		4.0	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		3.7	11
4	利用料金が適正なこと。		7.7	4
5	地域での評判が良いこと。	5	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。		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。	4	5.7	7
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		4.7	8
9	自宅から近いこと。		3.7	11
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		6.4	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。	2	13.8	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	3	19.2	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		2.4	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	15.8	2

事業者番号 事業者名 2350680027 介護老人保健施設セントラーレ			者自己	(利月	ザー 用者) 価
1.事業	送者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について である。	 自 社	全 体	自 社	 全 体
	※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、[-]	結 果	平均	結果	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	4.2	4.2
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	4.3	3.4	3.8
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	4.4	3.6	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	5 5	4.3	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?	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?	5	3.9	4.3	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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	4.6	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	5	4.0	4.5	4.3
間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?	1 5	4.1	4.3	4.1
間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	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.5	4.4
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スとなっていますか?	ت 5	4.1	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	4.1	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けていると感じますか?	芝 5	4.1	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?	5	4.0	4.1	4.2
			•		

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	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。

利用者様が増えたことによい、リハビリの機器の使用が以前より出来なくなっている為、新しい機器の導入などの検討を行います。

	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。		4.3	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。		4.3	11
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		5.6	10
4	利用料金が適正なこと。		6.8	5
5	地域での評判が良いこと。	5	4.0	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。		5.9	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。	4	8.3	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	2	6.8	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。		8.0	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	6.2	8
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。		3.7	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。		11.4	2

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 報告がご称かった場合、事態性一き側面(年) 第2 常行受付窓口(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 説明は分かややすかったですか? 5 4.4 4.0 4.2 問2 常行受付窓口(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 説明は分かややすかったですか? 5 4.3 3.7 3.8 問3 あなた(利用者)やど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 での説明は分かややすかったですか? 5 4.4 4.1 4.1 問4 現在利用しているサービの内容について、不満や苦信を中し出た時に、事業所の担当者は すばやく、でいないと対抗にてなまますか? 4 3.9 4.3 4.5 問6 縁員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか? 概員に伝えたご本人の適向や希望などが、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 4.0 4.3 4.4 問7 タアマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい なと思いますか? 5 4.3 4.2 4.4 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 4.3 4.2 4.4 問11 入浴サービスの内容を効果に満足していますか? 4 3.9 4.3 4.0 問12 ご本人が寒しく過ごせるよう、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 4.0 4.3 4.3 問13 透迎サービスの内容に満足していますか? 5 4.1 4.0 4.1 問14 達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 4.1 4.0 4.1 問15 感染予防や衛生値の対応に安心感が持てますか。 5 4.2 4.6 4.6 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 4.4 問17 全でいきの場所を構造が同いますが得らないでいますか。 5 4.1 4.4 4.4 問18 会立場所の設備にあるの設備に対すためをが持てますか。 5 4.1 4.4 4.4 問19 (名古最からの設備)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問いて、サービスを認じますか。 5 4.1 4.0 4.1 問19 (名古最からの設備)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の設備していると思いますか。 5 4.1 4.0 4.1 は、対力の設備していますがらの設	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			事業者評		ユー (利月 	
#3 年 均 果 均 果 均 果 均 果 均 果 均 果 均 果 均 果 均 果 均	1.事業	美者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について		社	体	自 社	 全 体
18		※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、[-]					
説明は分かりやすかったですか? 1	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	4.2
TO説明は分かりやすかったですか?	問2		こ の	5	4.3	3.7	3.8
# 1 4 3 4.2 4.4 4.3 4.2 4.4 4.3 4.2 4.4 4.3 4.2 4.4 4.3 4.5	問3		つい [5	4.4	4.1	4.1
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?	問4		i者は [4	4.3	4.2	4.4
18	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?	Ī	4	3.9	4.3	4.5
内容に活かされていると思いますか? 5 3.9 4.1 4.2 4.4 4.2 4.4 4.0 4.3 4.2 4.4 4.0 4.3 4.3 4.2 4.4 4.0 4.3 4.3 4.2 4.4 4.0 4.3 4.3 4.2 4.4 4.0 4.3 4.4 4.4 4.4 4.4 4.4 4.5 4.	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?	Ī	5	4.0	4.3	4.4
5 4.3 4.2 4.4 4.1 4.1 4.4 4.4 111	問7		ゴス	5	3.9	4.1	4.2
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?	問8		てい	5	4.3	4.2	4.4
11	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	4.1	3.8	4.1
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?	Ī	4	3.9	4.3	4.0
世紀 でいますか?	問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	Ī	4	4.0	4.3	4.3
114 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?	問12		?され 	5	4.1	4.0	4.1
15 4.2 4.6 4.6 4.6 4.6 15 4.2 4.6 4.6 4.6 15 4.3 4.4 16 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?	間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	4.1	4.4	4.4
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?	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	4.2	4.6	4.6
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 4.1 4.4 4.4 4.4 18 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 4.1 4.1 4.2 4.2 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 4.1 4.0 4.1 4.2 19 (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?	問15	感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか?	Ī	5	4.3	4.3	4.4
7.2 なっていますか?	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?	Ī	5	4.0	4.1	4.4
て、サービスの改善に努めていると感じますか? 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? ほ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?	問17		ナービ	5	4.1	4.4	4.4
けていると感じますか? B20 (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?	問18		聞い	5	4.1	4.1	4.2
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 4.0 4.1 4.2	問19		を受	5	4.1	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?	Ī	5	4.0	4.1	4.2

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	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。

今回いたただきました評価を真摯に受け止め、利用者様のご要望・ご意見に対し迅速に対応できるように努めます。

ん点数の低かった契約・苦情受付窓口の説明につきましてはご家族だけではなく、ご本人にもわかりやすく丁寧な説明を行うよう心掛けます。また、リハビリにつきましても利用者様が満足できるようニーズに沿ったリハビリの提供に努めてまいります。

これからもごきその杜通所リハビリテーションで、楽しく充実した時間を過ごしていただけるよう職員一同尽力いたします。

	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。	5	1.5	12
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		1.8	11
4	利用料金が適正なこと。		4.5	8
5	地域での評判が良いこと。		1.5	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。		7.0	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。	4	9.7	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		3.6	10
9	自宅から近いこと。		10.6	4
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		11.8	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。	3	14.2	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。		4.5	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。	2	9.4	6

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		·ザー 用者) :価
1.事業	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	」 自 社	全 体	自社	·圖 全 体
	※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、[-]	結果	平均	結果	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	4.3	4.2
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	4.3	3.6	3.8
間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	4.4	4.0	4.1
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、事業所の担当者はすばやく、ていねいに対応してくれますか?	5	4.3	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	4.6	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	4.4	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
間8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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	4.7	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	4	4.0	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	4.2	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	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.4	4.4
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ヒスとなっていますか?	5	4.1	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	4.1	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	4.1	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	4.0	4.2	4.2

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	17.8%	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。

評価結果として、全体的に事業所とユーザーの評価に大きな乖離は見られない結果となりました。ですが、利用者数によっては送迎時間が長くなってしまっていること、トイレや洗面所など施設の設備をさらに充実させて欲しいこと、等々ご指摘もいただきました。送迎に関してはご利用者様の希望を考慮したルートの効率化を図ります。設備に関しては今後、代替え手段も含め検討していきます。

	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	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	9.6	5
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。	1	4.2	10
4	利用料金が適正なこと。		10.3	4
5	地域での評判が良いこと。		3.5	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	2.2	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。		10.6	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		4.5	9
9	自宅から近いこと。		6.1	8
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		9.0	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	7.7	7
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。		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。		12.5	2

2370	700342 かわなデイケアセンター		事業者自己 ユーサ		
1 車柴=	700342 かわなデイケアセンター 者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	F価 全	評 自	·価 全
,	日 日 L IT	社 結 果	体 平均	社 結 果	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	4.0	4.2
	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	4.3	3.4	3.8
	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	4.4	3.8	4.1
	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、事業所の担当者に すばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	3.9	4.4
問5 月	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 月	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
	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	4.0	4.2
	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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	3.6	4.0
問11 /	入浴サービスの内容に満足していますか?	5	4.0	3.7	4.3
	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	4.1
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?	5	4.1	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	4.2	4.5	4.6
問15 月	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	4.4
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	4.0	4.3	4.4
	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ヒ スとなっていますか?	5	4.1	4.2	4.4
	(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	4.1	4.0	4.2
	(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	4.1	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	4.0	4.2	4.2

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	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。

今年度のユーザー評価を踏まえ、さらなるサービス向上に努めます。リハビリでは、利用者様の自立支援を強化するため、個別プログラムの内容を見直し、より効果的な支援を提供することに努めます。送迎サービスについては、安全対策を徹底し、送迎時間の調整を行うことで、安心して利用できる環境を整えます。また、利用者様やご家族との情報共有を強化し、定期的な情報提供や生活に役立つアドバイスを実施してまいります。さらに、相談しやすい環境づくりを推進し、スタッフの対応力向上に努めることで、利用者様がより安心して過ごせるデイケアを目指します。今後も快適で信頼できるサービスを提供できるよう、スタッフー同努力してまいります。

	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。		0.9	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。		2.5	12
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		3.1	11
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。		5.0	7
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	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	9.4	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		4.7	8
9	自宅から近いこと。	5	11.6	3
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		8.1	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	9.7	4
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	22.5	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		1.9	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	12.5	2

	業者番号 事業者名 50880007 老人保健施設瑞穂	Ī		業者自己 ユーザー (利用者)		
	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		自	全	自	価 全 生
	※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、[-]		社 結 果	体 平 均	社結果	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	4.3	4.2
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 説明は分かりやすかったですか?	こついての	5	4.3	4.0	3.8
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"に他人へ話さないての説明は分かりやすかったですか?	ハことについ	5	4.4	4.2	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	「の担当者は	4	4.3	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	4.4	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内容に活かされていると思いますか?	のサービス	4	3.9	4.5	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整ると思いますか?	がとれてい	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	4.1	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?		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	4.0	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誠ていますか?	調整がなされ	4	4.1	4.3	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	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.5	4.4
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スとなっていますか?	果的なサービ	4	4.1	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 て、サービスの改善に努めていると感じますか?	見をよく聞い	4	4.1	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けていると感じますか?	べの提供を受	4	4.1	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	17.5	4	4.0	4.3	4.2

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	32.3%	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	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。

貴重なご意見をありがとうございました。

今後もリハビリ施設としてサービスの質の向上、自立支援へのサポート、また余暇時間の充実に努めていきたいと思います。今回、多くの方に温かいお言葉を頂きました。今後もスタッフ一丸となって皆様に満足して頂けるよう励んで参ります。

	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	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。		5.0	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		5.3	8
4	利用料金が適正なこと。		3.3	11
5	地域での評判が良いこと。		3.1	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	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。	5	8.1	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		3.9	10
9	自宅から近いこと。		7.5	6
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		11.7	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	12.3	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。		0.8	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	13.6	2

2370800928 ひなたデイケアセンター 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 自 全社 操品等がなかった場合、事業所[]、利用者[*] 操品 操品 操品 操品 操品 操品 操品 操	自 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注 注	全体平均 4.2 3.8 4.1 4.4 4.4
※回答がなかった場合、事業所に一」、利用者[*]	結果 4.3 4.3 4.3 4.3 4.7 4.8 4.7	平均 4.2 3.8 4.1 4.4 4.5
1	3 4.3 4 4.3 3 4.7 9 4.8 0 4.7	3.8 4.1 4.4 4.5
 説明は分かりやすかったですか? 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? 間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、事業所の担当者はすばやく、ていねいに対応してくれますか? 間5 職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがですか? 間6 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか? 1 4 4.6 間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 	4.3 4.7 4.8 4.7 4.7	4.1 4.4 4.5
ての説明は分かりやすかったですか? 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、事業所の担当者はすばやく、ていねいに対応してくれますか? 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 4.6	3 4.7 9 4.8 0 4.7	4.4
すばやく、ていねいに対応してくれますか? 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? は 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? は 4.1 間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	4.8	4.5
1 3.5 1 3.6 1) 4.7	
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		4.4
	4.6	4.2
問8 ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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.	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 3.5	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 4.0) 4.8	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?	4.6	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.	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 4.5	2 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?	3 4.7	4.4
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?) 4.7	4.4
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 4 4.	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?	4.6	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?	4.6	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 4.6) 4.7	4.2

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	78.9%	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。

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。結果、多くの項目において 平均を上回る評価を頂き、特に送迎に関する設問においては4.9点と高得点で、日々の業務に対し高評価を 頂けたこと大変うれしく思います。他方で「送迎時間が日によってずれる事に不満」と自由記載でお声を頂きまし た。少しでも快適にご利用頂けるよう今後も配慮して参ります。また、「連絡ノートに少しでも良いのでコメントが欲 しい」との記載もありましたのでスタッフ間で共有し改善に努めて参ります。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れば幸いです。

	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	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。		1.8	13
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		3.9	9
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。		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。		4.6	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。	4	6.7	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		6.2	6
9	自宅から近いこと。		4.8	7
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。	5	8.3	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。	2	18.4	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	23.4	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		3.0	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。	3	12.9	3

	事業者番号 事業者名 2310900085 服部病院		事業者		ユー (利月	
		- 版部内内 価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	評自	恤 全	評 自	価 全
1. 尹禾	※回答がなか	:	社結果	体 平 均	社結果	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	4.2
問2		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 かりやすかったですか?	3	4.3	3.1	3.8
問3		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 は分かりやすかったですか?	4	4.4	3.5	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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?	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?	3	4.0	4.3	4.4
問7		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 「 かされていると思いますか?	3	3.9	4.0	4.2
問8	ケアマネシ ると思いま	ジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい 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?	3	4.1	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	3.8	4.0
問11	入浴サート	ごスの内容に満足していますか?	4	4.0	4.2	4.3
問12	ご本人が ていますか	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 2?	4	4.1	3.9	4.1
問13	送迎サーロ	ご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	4.1	4.3	4.4
問14	送迎サーロ	ごスは、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	4.2	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	4.5	4.4
問16	事業所の	投備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか?	4	4.0	4.4	4.4
問17		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 いますか?	3	4.1	4.3	4.4
問18		i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 スの改善に努めていると感じますか?	3	4.1	3.9	4.2
問19		i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 感じますか?	3	4.1	3.8	4.1
問20	(名古屋市	i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	4.0	3.8	4.2

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	30.9%	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	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。

結果を確認し、当事業所の自己評価に比べて利用者様の評価が全体的にやや高くなっていることは、大変良かったと思う。ただし個人情報の取り扱いに係る説明の部分が自己評価より低くなっているので、契約時の説明を丁寧に行う世にしたい。サービスの重要度において当事業所と利用者様の間で乖離がみられた。今回の結果を踏まえて、より利用者様のニーズに沿ったサービスを提供できるよう、心掛けていきたい。

	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	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。		5.0	11
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		5.8	9
4	利用料金が適正なこと。	5	10.4	2
5	地域での評判が良いこと。		2.3	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。		5.4	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。		8.1	7
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	4	9.6	5
9	自宅から近いこと。		10.4	2
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		10.4	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。	1	8.5	6
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	14.2	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。	3	7.7	8

	事業者番号 事業者名 2310901711 医療法人杏園会 あんずクリニック		事業者自己評価		·ザー 用者)
	*者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	 自	全	自	² 価 全
1.7	※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、[-]	社 結 果	体 平 均	社結果	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	4.2	4.2
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	4.3	3.9	3.8
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ての説明は分かりやすかったですか?	ر \ 5	4.4	4.1	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	- は 5	4.3	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?	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?	3	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	3.6	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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?	3	4.1	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	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	4.0	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ていますか?	れ 3	4.1	4.1	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	4.1	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	4.2	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	4.0	4.4
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	4.0	4.1	4.4
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スとなっていますか?	-E 3	4.1	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て、サービスの改善に努めていると感じますか?	3	4.1	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けていると感じますか?	受 3	4.1	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?	3	4.0	3.9	4.2

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	12.3%	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。

ご利用者様からの趣向やご希望を聞き取り、職員間で情報共有していきます。その情報を整理し、通所リハビリテーション計画に反映し、ご利用中の過ごし方やプログラム内容の充実を図ります。ご利用者様からはご意見やご要望を出しやすい環境を整えていきます。

	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	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	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		2.6	11
4	利用料金が適正なこと。		6.1	8
5	地域での評判が良いこと。	3	2.3	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	4.6	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	10.4	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		7.0	7
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。		7.5	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。		7.8	5
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	19.1	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。	5	15.4	2

	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		ザー 月者)
		価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自社	全体	部 自 社	価 全 体
	※回答がなか ※ユーザー評	った場合、事業所[]、利用者[*] 価の公表をしない場合、[-]	結果	平均	結果	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	4.2
問2		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 かりやすかったですか?	5	4.3	3.6	3.8
問3		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ま分かりやすかったですか?	5	4.4	4.1	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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?	3	3.9	4.5	4.5
問6	職員は、気	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		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 かされていると思いますか?	4	3.9	4.1	4.2
問8	ケアマネシ ると思いま	ジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれていまか?	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	4.1	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	3.7	4.0
問11	入浴サー	ビスの内容に満足していますか?	3	4.0	4.2	4.3
問12	ご本人がシ	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 >>?	4	4.1	4.3	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	4.1	4.3	4.4
問14	送迎サード	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.1	4.4
問17		「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 いますか?	4	4.1	4.4	4.4
問18		うからの設問)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 、スの改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.0	4.2
問19		i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感じますか?	4	4.1	4.0	4.1
問20	(名古屋市	i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	4.0	4.1	4.2

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	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。

皆様より貴重なご意見ありがとうございました。新型コロナウイルス感染症の影響をうけた屋外活動を再開したこともあり、利用者へのリハビリテーションや活動への満足度向上につながっているかと思います。在宅生活での課題に着眼した活動をこれからも模索しつつ、日々楽しく過ごせるような支援を継続していけるよう努めてまいります。またご意見があれば、率直に職員にお伝えいただければ幸いです。今後ともよろしくお願いいたします。

	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。		2.1	12
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		6.4	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。		1.5	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	11.6	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。	4	12.8	2
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		5.5	8
9	自宅から近いこと。		5.8	7
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		2.7	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。	2	10.9	5
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	19.8	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		3.6	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。	3	12.8	2

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 (利月 評	f者)
1.事業	業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果につい	いて	自 社	全 体	自 社	··· 全 体
	※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、[-]		結果	平 均	結果	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	ナか?	5	4.4	4.4	4.2
問2	苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市役所、国民健康保険区 説明は分かりやすかったですか?	団体連合会など)についての	5	4.3	4.2	3.8
間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" ての説明は分かりやすかったですか?	に他人へ話さないことについ	5	4.4	4.3	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	出た時に、事業所の担当者は	5	4.3	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?		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 内容に活かされていると思いますか?	ノョン計画や実際のサービス	4	3.9	4.4	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間ると思いますか?	では、連絡・調整がとれてい	5	4.3	4.5	4.4
間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	4.1	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	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	4.0	4.3	4.3
問12	2 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ていますか?	いての気配りや調整がなされ	4	4.1	4.4	4.1
間13	3 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	4.1	4.6	4.4
問14	1 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	4.2	4.7	4.6
問15	5 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	4.4
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が	7.5	5	4.0	4.6	4.4
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 スとなっていますか?	継続する上で効果的なサービ	5	4.1	4.6	4.4
問18	3 (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 て、サービスの改善に努めていると感じますか?	ご家族からの意見をよく聞い	5	4.1	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 けていると感じますか?	基づいたサービスの提供を受	5	4.1	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	4.0	4.5	4.2
			1	1		

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	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。

当デイケアではご利用者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支援しております。デイケアに来所していただき、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、リハビリ会議を積極的に行うことでご利用者やご家族の希望を聴取し、リハビリ内容に反映し実施しております。今回の結果では、食事の提供面や入浴サービスの改善に努める必要性があることがわかりました。貴重なご意見を参考にさせていただき、ご利用者やご家族のご要望にお応えできるよう、職員教育と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。

	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	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。		4.6	8
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		7.0	5
4	利用料金が適正なこと。		3.6	11
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	4.3	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。	5	5.6	7
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		10.9	4
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。		11.1	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	7.0	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。		0.2	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。	1	17.4	2

23110	事業者番号 事業者名 2311001321 中川診療所				·ザー 用者)
1 重業 2	101321 中川診療別 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本	自	価 全	自	·価 全
*	(ローニュー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	社結果	体 平均	社結果	体 平 均
間1 彗	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	4.2
	告情受付窓口(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 说明は分かりやすかったですか?	4	4.3	3.9	3.8
	らなた(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 この説明は分かりやすかったですか?	4	4.4	3.9	4.1
	見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 けばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	4.5	4.4
問5 耳	戦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 耳	戦員は、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
	戦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
	アマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい らと思いますか?	4	4.3	4.6	4.4
間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	4.1	4.3	4.1
問10 1	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 プ	、浴サービスの内容に満足していますか?	4	4.0	4.2	4.3
	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	4.1
問13 词	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	4.1	4.1	4.4
問14 i	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	4.2	4.5	4.6
問15 原	核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	4.4
間16 马	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	4.0	4.5	4.4
	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 くとなっていますか?	4	4.1	4.3	4.4
	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	4.1	4.4	4.2
	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	4.1	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	4.0	4.0	4.2

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	39.5%	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	13	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。

自由記載欄にて、ご不快な思いをさせてしまった事を大変申し訳なく感じています。職員全体のミーティングにて接遇マナーの再確認を行いました。今後も定期的に確認を行ってきます。職員配置に関する運用方法なども改善を加えており、より利用者様やご家族様に寄り添えるデイケア作りに努めてまいります。

	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。		0.6	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。		2.8	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		6.7	8
4	利用料金が適正なこと。		12.9	2
5	地域での評判が良いこと。		2.8	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	8.4	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。	4	8.4	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		7.3	7
9	自宅から近いこと。		21.3	1
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。	3	7.9	6
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	11.2	3
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。	2	2.2	12

	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				·ザー 用者)
	諸自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	 自 社	² 価 全 体	計 自 社	² 価 全 体
	※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、[-]	結果	平均	結果	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	4.2
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	4.3	3.8	3.8
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	4.4	4.0	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	は 5	4.3	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?	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	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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?	4	4.1	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	4.0	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	3	4.0	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?	1 4	4.1	4.2	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	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.2	4.4
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スとなっていますか?	ビ 4	4.1	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	4.1	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けていると感じますか?	受 4	4.1	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	4.0	4.1	4.2

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	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。

貴重なご意見ありがとうございます。通所リハビリテーションの役割のひとつとして自宅での生活が安定して送れるように能力の維持向上を目指しリハビリを行っております。施設の在り方として専門職が提供するリハビリの時間には制限がありますが専門職のリハビリ以外での時間に生活リハビリや自主トレーニングなどのメニューを考え提供してまいりたいと思います。その為に職員が自宅でのお困りごとなど随時聞き取り、自立への取り組みへとつなげてまいりたいと思いますので気軽にご相談いただければと思います。まだまだ感染対策で利用者様にはご不便をおかけしておりますので皆様の気持ちなどもしっかり聞き対応していきます。

	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	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。		3.8	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。	3	2.1	11
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。		1.8	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。		9.4	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。	4	8.8	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	5	6.7	7
9	自宅から近いこと。		8.8	5
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		4.7	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。		12.9	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	18.8	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。	1	16.1	2

	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				ユー (利月	f 者)
		価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	価 全	自	価 全 ***
	※回答がなかっ		社結果	体 平 均	社 結 果	体 平 均
問1	契約書や重	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	4.2
問2		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 いりやすかったですか?	4	4.3	3.6	3.8
問3		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 は分かりやすかったですか?	4	4.4	4.0	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	4.7	4.4
問5	職員の言葉	きづかいや態度、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?	3	4.0	4.6	4.4
問7		ただで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い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 ると思いま	ャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれていすか?	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	4.1	4.1	4.1
問10	食事の献立	Σ、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	入浴サート	ごスの内容に満足していますか?	4	4.0	4.4	4.3
問12	ご本人が第 ていますか	としく過ごせるよう、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く?	3	4.1	4.1	4.1
問13	送迎サート	ご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	4.1	4.4	4.4
問14	送迎サート	ごスは、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	4.2	4.7	4.6
問15	感染予防炎	や衛生面の対応に安心感が持てますか?	4	4.3	4.4	4.4
問16	事業所の記	段備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか?	4	4.0	4.5	4.4
問17	通所リハビ スとなってい	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 ハますか?	4	4.1	4.4	4.4
問18		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 スの改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.2	4.2
問19		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 感じますか?	4	4.1	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	4.0	4.5	4.2

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	51.7%	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	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。

貴重なご意見ありがとうございました。皆様から頂いたご意見を真摯に受け止め、引き続きご利用者・ご家族とのコミュニケーションを密に図りながら、質の高いサービスを提供できるよう努めてまいります。又、安心、安全で皆様から信頼いただける施設を目指して職員一同努力を続けてまいります。今後ともよろしくお願い申し上げます。

	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。		3.1	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		1.9	14
4	利用料金が適正なこと。		2.8	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。	4	6.3	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	10.0	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		7.2	6
9	自宅から近いこと。		4.1	9
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		7.5	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	16.3	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	23.1	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。	1	7.8	4

	者番号1101774	水谷医院	■ ■ 事業者自己 評価		(利用有)	
<u> </u>	l.	価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	全	自	価 全 ***
	※回答がなか	った場合、事業所[]、利用者[*] 価の公表をしない場合、[-]	社結果	体 平 均	社 結 果	体 平 均
間1		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	4.2
問2		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 「かりやすかったですか?	4	4.3	3.7	3.8
間3		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 ま分かりやすかったですか?	4	4.4	3.9	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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	4.2	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	4.0	4.4
問7		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 「 かされていると思いますか?	4	3.9	4.1	4.2
問8	ケアマネシ ると思いま	ジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい 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?	4	4.1	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	4.5	4.0
問11	入浴サー	ごスの内容に満足していますか?	4	4.0	5.0	4.3
問12	ご本人がきていますが	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 ^?	4	4.1	4.0	4.1
問13	送迎サー	ご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	4.1	4.5	4.4
問14	送迎サー	ごスは、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	4.2	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?	4	4.3	4.2	4.4
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	4.0	4.1	4.4
問17		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 いますか?	4	4.1	4.1	4.4
問18		i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 「スの改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.0	4.2
問19		i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 感じますか?	4	4.1	3.7	4.1
問20	(名古屋市	i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	4.0	3.9	4.2

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	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。

苦情受付窓口の説明や個人情報の取扱いについては、契約時のみの説明になりがちなため、継続利用されている利用者様には、ある程度(半年後や1年後等)の期間が経過したら、再度、説明や案内をすることを心がけていきます。

また自立支援に向けたサービス提供と感じられるように、日常生活動作において困っている動作やスムーズ性を欠く動作、転倒予防に繋がる動作も一部、練習に取り入れていきます。職員数の確保、育成や教育にも力を入れ、楽しく安全で、安心できるサービスが継続できるように努めていきます。

	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。		1.9	11
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		1.6	12
4	利用料金が適正なこと。		6.3	9
5	地域での評判が良いこと。	1	1.6	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	7.3	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	10.8	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		8.6	5
9	自宅から近いこと。		7.9	6
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		10.5	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。		7.3	7
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	3	20.3	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	13.0	2

	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			皆自己 価	(利月	ザー 用者) 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	自 社	全 体	自社	全 体
	※回答がなかった ※ユーザー評価の	場合、事業所[]、利用者[*])公表をしない場合、[-]	結果	: 平 均	結果	 平 均
問1	契約書や重要	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	4.2
問2		コ(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 やすかったですか?	4	4.3	3.8	3.8
問3		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 うかりやすかったですか?	4	4.4	3.9	4.1
問4		いるサービス内容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はいねいに対応してくれますか?	4	4.3	4.6	4.4
問5	職員の言葉へ	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	と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		こで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 いれていると思いますか?	4	3.9	4.3	4.2
間8	ケアマネジャ ると思います:	ーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれていか?	4	4.3	4.7	4.4
問9	リハビリテージ	/ョンの内容や効果に満足していますか?	4	4.1	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	4.4	4.0
問11	入浴サービス	の内容に満足していますか?	4	4.0	4.3	4.3
問12	ご本人が楽し ていますか?	べ過ごせるよう、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	4	4.1	3.9	4.1
間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	4.1	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?	3	4.2	4.7	4.6
問15	感染予防や後	衛生面の対応に安心感が持てますか?	4	4.3	4.3	4.4
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	4.0	4.5	4.4
問17	通所リハビリテスとなっている	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ますか?	4	4.1	4.5	4.4
問18		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 の改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.2	4.2
問19	(名古屋市か けていると感	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じますか?	4	4.1	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	4.0	4.3	4.2

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	21.4%	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	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。

高い評価、たくさんの貴重なご意見をいただきありがとうございました。苦情受付窓口について、ご利用者、ご家族へ一目で分かりやすい文章にてご案内できるよう努めます。また、入浴について、浴槽のお湯を循環させ、髪の毛などのゴミを都度除去することで、清潔なお湯に保ちながらご入浴を楽しんでいただけるよう心がけます。今後もご利用者、ご家族のニーズに合わせ、よりご満足いただけるリハビリテーションを提供できるよう努めます。

	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	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。		4.5	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		9.2	5
4	利用料金が適正なこと。		8.7	6
5	地域での評判が良いこと。		1.1	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	7.1	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。	4	10.5	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		2.4	12
9	自宅から近いこと。		4.2	10
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		11.1	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。	2	12.6	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	15.0	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		2.1	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	7.9	7

	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					·ザー 用者) [[] 価
1.事業	者自己評価とユーザー(和	刊用者)評価の実施結果について	 自 社	全 体	自社	- 仙 全 体
	※回答がなかった場合、事業所[]、利 ※ユーザー評価の公表をしない場合、[利用者[*]]	結果	· 平 均	結果	平 均
問1	契約書や重要事項説明書な	さどの説明は分かりやすかったですか?	3	4.4	3.8	4.2
問2	苦情受付窓口(事業所の相談明は分かりやすかったです	談窓口、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての すか?	3	4.3	3.5	3.8
問3	あなた(ご利用者)やご家族(ての説明は分かりやすかった	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「 とですか?	3	4.4	3.7	4.1
問4	現在利用しているサービス内 すばやく、ていねいに対応し	N容について、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者 てくれますか?	3	4.3	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?	4	3.9	4.3	4.5
問6	職員は、気軽に相談できる雰	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 内容に活かされていると思い	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 >ますか?	4	3.9	4.1	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビ! ると思いますか?	リテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてレ	4	4.3	4.2	4.4
問9	リハビリテーションの内容や気	効果に満足していますか?	4	4.1	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?	3	4.0	3.9	4.3
問12	ご本人が楽しく過ごせるよう、 ていますか?	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	1 4	4.1	3.9	4.1
問13	送迎サービスの時間帯は希望	望が反映され、約束の時間は守られていますか?	4	4.1	4.1	4.4
問14	送迎サービスは、運転や乗隊	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	4.2	4.3	4.6
問15	感染予防や衛生面の対応に	工安心感が持てますか?	4	4.3	3.8	4.4
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	4.0	3.8	4.4
問17	通所リハビリテーション(デイスとなっていますか?	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 4	4.1	4.1	4.4
問18	(名古屋市からの設問)利用て、サービスの改善に努めて	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いる事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞いると感じますか?	4	4.1	4.1	4.2
問19	(名古屋市からの設問)事業 けていると感じますか?	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 4	4.1	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?	3	4.0	3.9	4.2

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	36.1%	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	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。

前年度のユーザー評価では苦情受付窓口・個人情報等の説明項目が低値にありました。今年度はこの項目に対して相談員を中心にご家族様・ご利用者様へ今まで以上の配慮に心がけたことによって、ご家族様・ご利用者様の評価改善はみられる状況でした。今後も今以上にご理解頂ける説明を行っていきたいと思います。今年度の自己評価・ユーザー評価での乖離幅はありましたが、評価としては良い結果として頂いております。しかし全国的数値として劣る為、平均値を上回れるような取り組みや対応を行っていきます。職員一同への感謝のお言葉を多々頂きました。頂いた言葉に満足せず日々の関わり方をより一層高めてまいります。

	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。		4.4	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		9.3	5
4	利用料金が適正なこと。		4.0	10
5	地域での評判が良いこと。		1.8	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。		12.4	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	4.9	8
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	2	6.7	6
9	自宅から近いこと。		2.7	11
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。	3	13.3	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	18.7	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。	4	15.1	2

	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				·ザー 用者)
	者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	² 価 全	自	·価 全
	※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、[-]	社 結 果	体 平 均	社 結 果	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	4.2
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	4.3	4.2	3.8
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	4.4	4.2	4.1
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、事業所の担当者に すばやく、ていねいに対応してくれますか?	ئ 4	4.3	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	4.6	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?	3	3.9	4.4	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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	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	4.0	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?	1 4	4.1	4.2	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	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.4	4.4
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スとなっていますか?	4	4.1	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?	3	4.1	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?	Ž 4	4.1	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	4.0	4.4	4.2

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。

改善コメントのご記載ありがとうございます。送迎や職員の行動の部分で、ご意見いただいており真摯受け止め スタッフー同改善・業務の工夫していきます。職員の行動の部分については、改善コメントスタッフに周知し皆様 が気持ちよくご利用していただける環境づくりをしていきます。

	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。		3.1	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。		4.1	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		6.2	7
4	利用料金が適正なこと。		3.1	11
5	地域での評判が良いこと。		2.6	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	5.7	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	12.2	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		5.3	9
9	自宅から近いこと。		7.2	5
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	15.0	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	15.8	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。	3	12.6	3

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 # # # # # # # # # # # # # # # # # # #		事業者番号事業者名2351180035老人保健施設みなと			皆自己 価	ユーザー (利用者) 評価	
#3 - チーチの確の表をいるできた! 果	1.事業			社	体	自 社	··· 全 体
18	月月 1	※ユーザー評価の公表をしない場合、[-]	ナかったですか?				
議明は分かりやすかったですか? 1				5	4.4	4.0	4.2
	問2		健康保険団体連合会など)についての	5	4.3	3.7	3.8
1	問3		"同意なし"に他人へ話さないことについ	5	4.4	4.0	4.1
開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 4.0 4.3 4.4 4.0 4.3 4.4 4.0 4.3 4.4 4.0 4.3 4.4 4.0 4.3 4.4 4.0 4.3 4.4 4.0 4.3 4.4 4.0 4.1 4.1 4.0 4.1 4.1 4.0 4.1 4.1 4.0 4.1 4.1 4.0 4.1 4.1 4.2 4.4 4.6 世界の設備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか? 4 4.0 4.5 4.4 4.1 4.0 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1	問4		苦情を申し出た時に、事業所の担当者は	4	4.3	4.4	4.4
開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 は 4.3 4.6 4.4 は 4.1 4.0 4.1 は 5.0 4.1 は 5.0 4.0 は 6.0 4.3 は 4.1 4.0 4.1 は 6.0	問5	職員の言葉づかいや態度、身だしなみはいかがて	・すか?	4	3.9	4.5	4.5
内容に活かされていると思いますか? 4 3.9 4.1 4.2 4.4 4.3 4.6 4.4 4.3 4.6 4.4 4.1 4.0 4.1 4.	問6	職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしています	-カ·?	4	4.0	4.3	4.4
3と思いますか?	問7		ハビリテーション計画や実際のサービス	4	3.9	4.1	4.2
日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	問8		事業所の間では、連絡・調整がとれてい	4	4.3	4.6	4.4
日11 入浴サービスの内容に満足していますか? 4 4.0 4.6 4.3 4.0 4.6 4.3 4.1 4.0 4.1 4.1 4.0 4.1 4.1 4.0 4.1 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	4.1	4.0	4.1
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
世界である。	問11	入浴サービスの内容に満足していますか?		4	4.0	4.6	4.3
1 14 14.0 14.4 15 15 15 15 15 15 15 1	問12		間関係についての気配りや調整がなされ	4	4.1	4.0	4.1
日15 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか?	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	4.1	4.0	4.4
10 10 10 10 10 10 10 10	問14	送迎サービスは、運転や乗降介助に安全面の配原	意があり、安心して利用できますか?	4	4.2	4.4	4.6
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	4.4	4.4
A 4.1 4.1 4.4 4.1 4.4 4.1 4.1 4.4 4.1 4.1 4.4 4.1 4.1 4.4 4.1	問16	事業所の設備や備品、清掃状況などの環境は整っ	っていますか?	4	4.0	4.5	4.4
て、サービスの改善に努めていると感じますか? 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? 明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?	問17		での生活を継続する上で効果的なサービ	4	4.1	4.1	4.4
けていると感じますか? 4 4.1 4.0 4.1 B20 (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?	問18		ご利用者やご家族からの意見をよく聞い	4	4.1	4.1	4.2
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 4.0 4.0 4.2	問19		の考え方に基づいたサービスの提供を受	4	4.1	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船	はについて、満足していますか?	4	4.0	4.0	4.2

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	35.3%	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。

この度は貴重なご意見や励ましのお言葉をいただき、誠にありがとうございました。限られた条件の中ではありますが、少しでも改善ができるように検討を重ね対応していきます。

	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	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。		7.8	6
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。		0.6	13
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。		10.3	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。	4	6.9	7
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		5.3	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	13.2	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。	3	6.6	8
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	19.7	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	9.1	4

2351	者番号 事業者名 180043 老人保健施設かいこう	事業者自己 ユー 評価 利用		用者)	
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		自	全	自	·価 全 生
	※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、[-]	社 結 果	体 平 均	社 結 果	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	4.2
	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	4.3	3.8	3.8
	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	4.4	4.0	4.1
	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、事業所の担当者はすばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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
	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
	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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	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	4.0	3.9	4.3
	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	3.8	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	4.1	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	4.2	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?	5	4.3	4.1	4.4
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	4.0	4.0	4.4
	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	4.1	4.4	4.4
	(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	4.1	4.2	4.2
	(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	4.1	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	4.0	3.9	4.2

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	17	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	56.7%	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いただき、貴重なご意見ありがとうございます。ご利用者様のご希望等の把握に努め、リハビリプログラムやレクリエーション活動の充実などサービス向上できるよう努めていきます。頂いたご意見を検討課題とし、より良いサービスが提供できるように改善に取り組んでまいります。今後もお気付きの点等ございましたら、お気軽に職員までお声かけ下さい。

	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	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	4.2	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		2.1	11
4	利用料金が適正なこと。		7.5	7
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。		9.2	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。		12.5	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	5	2.5	10
9	自宅から近いこと。		8.3	6
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		6.7	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。	2	16.3	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	3	12.5	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	17.1	1

	美者番号事業者名1180050医療法人杏園会 介護老人保健施設トリトン	■ 事業有目□ (利		(利月	ーザー 川用者) 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	_ 自 社	全 体	自 社	全 体	
	※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、[-]	結 果	平 均	結 果	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	4.2	
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	4.3	3.9	3.8	
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	4.4	4.0	4.1	
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、事業所の担当者はすばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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?	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	4.3	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	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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?	4	4.0	4.1	4.3	
間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	4.1	
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	4.1	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	4.2	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	4.4	
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	4.0	4.6	4.4	
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ヒスとなっていますか?	5	4.1	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	4.1	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	4.1	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	4.0	4.4	4.2	

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	18.3%	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	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。

皆様からの貴重なご意見ありがとうございます。例年ですが契約時の説明内容について、個人情報の扱いや苦情受付窓口について分かりやすいご案内ができるよう継続して参ります。サービス全般において概ね満足を頂けているとの評価を頂けているようですが、リハビリ機器を増えしてほしい、麻雀に参加したい、利用時に何をしているかをしりたいなどの声を頂いていますので、改善の種にしていけたらと思います。また、送迎時間についてはルートの作成上、都合で大きく前後する方もいらっしゃいます。ご迷惑をおかけしますが、出来るだけ変更幅が少なくなるようには努力していきますのでご理解いただければと思います。

	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。		4.2	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。		5.9	8
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		5.6	9
4	利用料金が適正なこと。		3.9	12
5	地域での評判が良いこと。		2.2	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	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	7.3	5
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。		5.6	9
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		6.4	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	6.4	6
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	17.1	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。	2	16.0	2

	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		ザー 用者)
		価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自社	全体	部 自 社	価 全 体
	※回答がなか- ※ユーザー評-	った場合、事業所[]、利用者[*] 価の公表をしない場合、[-]	結果	平均	結果	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	4.2
問2		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 かりやすかったですか?	4	4.3	3.4	3.8
問3		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 は分かりやすかったですか?	4	4.4	3.9	4.1
間4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	4.1	4.4
問5	職員の言葉	薬づかいや態度、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	4.3	4.4
問7		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 い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 ると思いま	・ャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい 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	4.1	4.0	4.1
問10	食事の献立	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	入浴サート	ごスの内容に満足していますか?	3	4.0	3.8	4.3
問12	ご本人が導 ていますか	としく過ごせるよう、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 ・?	3	4.1	3.8	4.1
問13	送迎サート	ご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	4.1	4.3	4.4
問14	送迎サート	ごスは、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	4.2	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	4.4	4.4
問16	事業所の記	受備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか?	3	4.0	4.3	4.4
問17		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 いますか?	4	4.1	4.2	4.4
問18		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 スの改善に努めていると感じますか?	3	4.1	4.2	4.2
問19		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感じますか?	3	4.1	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?	3	4.0	4.0	4.2

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	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。

契約時はもちろんのこと、日常の中で変更点がありましたら速やかにわかりやすくご利用者・ご家族に説明するようにいたします。食事については管理栄養士・言語聴覚士がご利用者ごとに栄養状態や嚥下状態に合わせてご提供しております。味付けや形態等の見直しを適宜行っていきます。

	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	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。		8.3	4
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		4.2	10
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。		8.3	4
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	5.9	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	6.9	6
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		2.4	13
9	自宅から近いこと。		11.1	3
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		5.6	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	3.1	12
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	17.4	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		1.4	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	16.7	2

9951	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 (利月	ザー 月者)
	280009		1	全	自	価 全
	省 日 口町 圃 C ー 	老 糸 罗	吉	体 平 均	社結果	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	4.2
	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 説明は分かりやすかったですか?	ての 4		4.3	4.3	3.8
	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ての説明は分かりやすかったですか?	こつい 4	:	4.4	4.4	4.1
	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、事業所の担当すばやく、ていねいに対応してくれますか?	当者は 5		4.3	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	4.6	4.4
	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 内容に活かされていると思いますか?	ビス 3		3.9	4.4	4.2
	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれると思いますか?	てい 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?	5		4.1	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?	>	k	3.9	*	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	>	k	4.0	*	4.3
	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いますか?	なされ 5		4.1	4.2	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	:	4.1	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ら	4		4.2	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	4.6	4.4
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		4.0	4.5	4.4
	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スとなっていますか?	サービ 4	:	4.1	4.5	4.4
	(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って、サービスの改善に努めていると感じますか?	(聞い 4		4.1	4.5	4.2
	(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けていると感じますか?	共を受 4		4.1	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	:	4.0	4.5	4.2

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	46.9%	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。

全体的には、平均より良い評価を頂けました。しかし、契約や苦情窓口に関する説明が不十分な点に関し、さらにわかりやすくお伝えし、また、リハサービス内容・不満や苦情に対しての対応も速やかに行い、リハビリ内容に反映し、より利用者様に満足いただけるリハビリサービスを提供していきます。スタッフの接遇や身だしなみに関しても改善するように努めていきます。 自己評価とユーザー評価にそれほど大きな乖離がないことは良かったと感じております。提供しているリハビリやサービス、私共が作り上げたいと思う時間・空間を今後も向上させ、今後、更に利用者様の満足度向上に努めてまいります。今後ともよろしくお願い致します。

	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。	5	7.2	8
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		3.8	11
4	利用料金が適正なこと。		7.9	7
5	地域での評判が良いこと。		5.3	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。		4.3	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。	1	8.2	6
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	4	11.1	3
9	自宅から近いこと。		10.8	4
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		9.1	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。		0.0	13
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	3	19.2	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		1.0	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	12.0	2

	事業者番号事業者名2351280017老人保健施設 シルピス大磯			(利)	-ザー 用者)
	者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自 社	² 価 全 体	計 自 社	² 価 全 体
	※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、[-]	結果	平均	結果	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	4.2	4.2
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	4.3	4.0	3.8
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	4.4	4.3	4.1
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、事業所の担当者に すばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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	4.5	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?	5	3.9	4.4	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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?	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?	4	4.0	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	4.1	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	4.1	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	4.2	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	4.5	4.4
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	4.0	4.4	4.4
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トスとなっていますか?	4	4.1	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	4.1	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	4.1	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	4.0	4.1	4.2

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	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。

送迎時間についてのご指摘をいただきました。通所サービスは個別送迎ではないため、その日の他の利用者様や道路状況によって送迎時間が多少変わる事があります。準備をしてお待ちいただく家族様にとっては、ご負担かと思いますが、毎回お迎えの10分前に到着のお電話をするようにしております。今後ともご理解頂けると幸いです。

	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。		3.5	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		4.4	9
4	利用料金が適正なこと。		6.0	6
5	地域での評判が良いこと。	5	2.9	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。		4.8	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。	4	14.0	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		2.9	12
9	自宅から近いこと。		5.4	7
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		6.3	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	10.8	4
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	3	15.9	2
13	認知症の方へのケアが充実していること。		3.2	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	18.7	1

	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		·ザー 用者)
	*者自己評価とユーザー(利用者		自	全	自	·価 全
	※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、[-]		社 結 果	体 平 均	社 結 果	体 平 均
問1	契約書や重要事項説明書などの記	. 説明は分かりやすかったですか?	4	4.4	3.8	4.2
問2	苦情受付窓口(事業所の相談窓口 説明は分かりやすかったですか?	1、市役所、国民健康保険団体連合会など)についての	4	4.3	3.6	3.8
問3	あなた(ご利用者)やご家族に関す ての説明は分かりやすかったです;	る個人情報は、"同意なし"に他人へ話さないことについか?	4	4.4	3.8	4.1
問4	現在利用しているサービス内容にすばやく、ていねいに対応してくれ	ついて、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者は ますか?	5	4.3	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?	5	4.0	4.3	4.4
問7	職員に伝えたご本人の趣向や希望 内容に活かされていると思いますか	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 >>?	4	3.9	4.1	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテー: ると思いますか?	ション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい	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?	4	4.1	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	4.0	4.2	4.3
問12	ご本人が楽しく過ごせるよう、他のさていますか?	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	5	4.1	3.8	4.1
問13	送迎サービスの時間帯は希望が反	でいまれ、約束の時間は守られていますか?	5	4.1	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	4.2	4.6	4.6
問15	感染予防や衛生面の対応に安心原	感が持てますか?	5	4.3	4.4	4.4
問16	事業所の設備や備品、清掃状況な	などの環境は整っていますか?	5	4.0	4.2	4.4
問17	通所リハビリテーション(デイケア)の スとなっていますか?	の利用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービ	4	4.1	4.2	4.4
問18	(名古屋市からの設問)利用されて て、サービスの改善に努めていると	いる事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞い 感じますか?	5	4.1	4.1	4.2
問19	(名古屋市からの設問)事業者から けていると感じますか?	o自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受	5	4.1	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	4.0	4.1	4.2

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。

今回ご利用者様に評価していただいたところで評価が低かった点に関してはご満足いただけるように改善してまいります。

	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	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。		6.8	7
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		3.1	10
4	利用料金が適正なこと。		4.5	9
5	地域での評判が良いこと。	4	3.1	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。		8.8	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。	5	9.4	4
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。		6.5	8
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		8.2	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	14.8	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	19.0	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。	3	9.9	3

事業者番号 2371201100		事業者名 名南診療所		皆自己 価	己 ユーザ 	
1.事業	者自己 割		自 社	全 体	自社	··· 全 体
		った場合、事業所[]、利用者[*] 価の公表をしない場合、[-]	結果	平 均	結果	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	4.2	4.2
問2		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)についてのかりやすかったですか?	4	4.3	4.2	3.8
問3		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は分かりやすかったですか?	5	4.4	4.2	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	5	4.3	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	4.5	4.5
問6	職員は、気	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		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 かされていると思いますか?	5	3.9	4.4	4.2
問8	ケアマネシ ると思いま	ジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい ミすか?	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?	5	4.1	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?	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	4.0	4.2	4.3
問12	ご本人がそ	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 か?	5	4.1	4.2	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?	5	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.5	4.4
問17		ごリテーション(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いますか?	5	4.1	4.5	4.4
問18		らからの設問)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 ごスの改善に努めていると感じますか?	5	4.1	4.4	4.2
問19		らからの設問)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 感じますか?	5	4.1	4.2	4.1
問20	(名古屋市	方からの設問)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	4.0	4.4	4.2

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	120.0%	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。

貴重なご意見やご指摘ありがとうございます。アンケートの結果や皆様から受けた意見を参考に、基本サービス (リハビリ、入浴、食事、送迎 等)の充実と職員に安心感を持っていただけるよう業務の見直し・向上を行います。またイベントやレクリエーション、各個別内容の向上・拡大を図り、名南診療所通所リハビリテーションがが安心・充実して過ごしていただけるよう取り組んでいきます。

	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	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。		1.0	13
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		1.0	13
4	利用料金が適正なこと。	4	3.7	9
5	地域での評判が良いこと。		4.7	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。		10.1	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。		8.7	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		5.7	7
9	自宅から近いこと。	3	3.7	9
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		6.7	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	22.5	1
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	19.8	2
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。	5	6.4	6

	美者番号 事業者名 1380015 老人保健施設ウエルネス守山		者自己 価	(利月	ザー 用者)
	者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	全体	評 自 社	価 全 体
	※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、[-]	社 結 果	14 平 均	結果	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	4.2
間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	4.3	3.6	3.8
間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	4.4	3.8	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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	4.6	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	4.3	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	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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?	4	4.1	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?	5	4.0	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	4.3	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?	5	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.2	4.4
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	4.1	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	4.1	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	4.1	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	4.0	4.2	4.2

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	32.6%	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。

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。たくさんのお褒めのお言葉も頂き、職員の励みとするとともに、更なるサービスの質の向上に努めて参ります。利用日当日の活動状況を詳しくお知りになりたいとの意見も頂戴しましたので、連絡帳への記載内容もより詳細な内容を記載できるように努め、また、送迎時等にも1日の状況をお伝えできるように努めて参ります。また、リハビリテーションの内容・効果につきましては、引き続き定期的に開催しておりますリハビリテーション会議にて、分かりやすく報告できるよう努めて参ります。今後も貴重なご意見を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

	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	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。		4.3	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		1.3	14
4	利用料金が適正なこと。		5.9	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。		5.9	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	8.5	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	1	7.7	5
9	自宅から近いこと。		5.1	8
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		4.8	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	15.2	2
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。		2.9	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	11.7	3

	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				ユー (利月	(者)
	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		評 自 社	全 体	評 自 社	価 全 体
	※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、[-]		結果	平均	結果	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	7.5	3	4.4	3.8	4.2
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 説明は分かりやすかったですか?	連合会など)についての	3	4.3	3.4	3.8
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"にての説明は分かりやすかったですか?	他人へ話さないことについ	3	4.4	3.9	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	に時に、事業所の担当者は	4	4.3	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	4.0	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?		3	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 内容に活かされていると思いますか?	ン計画や実際のサービス	3	3.9	3.9	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間でいると思いますか?	は、連絡・調整がとれてい	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	4.1	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	4.2	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?		4	4.0	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いますか?	ての気配りや調整がなされ	4	4.1	3.8	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	4.1	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	して利用できますか?	4	4.2	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	4.3	4.4
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	4.0	4.1	4.4
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 スとなっていますか?	売する上で効果的なサービ	4	4.1	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、ご利用者やごで、サービスの改善に努めていると感じますか?	家族からの意見をよく聞い	3	4.1	3.9	4.2
問19	(名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づけていると感じますか?	づいたサービスの提供を受	4	4.1	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	4.0	3.9	4.2

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	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。

報連相を詳細に、情報の共有化を密にし、言葉使いにより配慮しながらサービスの提供をしっかり行っていきます。同設備のライン故障が広範囲となり、機器の納品、修繕に多くの時間を費やしご不便をお掛けし誠に申し訳ございませんでした。施設設備の老朽化が進む今後、大規模修繕に計画的に対応していくことが肝要と推察しております。

	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。		1.3	14
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。	4	3.2	9
4	利用料金が適正なこと。		5.9	8
5	地域での評判が良いこと。		2.4	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	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。		11.5	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		2.1	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。		7.0	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	15.3	2
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。		1.9	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	13.9	3

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 1		事業者番号 事業者名 事業者名 2351380049 介護老人保健施設ウエルネスきっこ			事業者自己		ザー 用者)
### ### ### ### ### ### ### ### ### ##		1				評	
### ### ### ### ### ### ### ### ### ##	1. 尹 耒	※回答がなかった場合、	事業所[]、利用者[*]	社 結	体 平	社 結	一 体 平 均
説明は分かりやすかったですか? 問3 あたたに「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のやすかったですか? 問4 4.4 4.2 4. 4.2 4. 4.3 4.7 4. 1.3 5.1 1.3 5.2 1.5 1.5 1.5 1.5 1.5 1.5 1.5 1.5 1.5 1.5	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	4.6	4.2
関4 4.4 4.2 4. 4.3 4.7 4. 18	問2			4	4.3	4.1	3.8
# は 4 3 4.7 4.1	問3			4	4.4	4.2	4.1
日16 職員は、気軽に相談できる雰囲気作りをしていますか?	問4			4	4.3	4.7	4.4
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? 問8 ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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? 間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 4.3 4.7 4.8 110 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? は 4 4.1 4.3 4.8 1111 入浴サービスの内容に満足していますか? は 4 4.1 4.3 4.8 1112 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? は 4 4.1 4.5 4.8 1113 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? は 4 4.1 4.5 4.8 1115 感染予防や衛生面の対応に安心感が持てますか? は 4 4.1 4.2 4.8 1116 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? は 4 4.1 4.2 4.8 1117 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? は 4 4.1 4.5 4.8 1118 (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? は 4 4.1 4.4 4.5 4.8 1118 (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?	問5	職員の言葉づかり	ハや態度、身だしなみはいかがですか?	4	3.9	4.5	4.5
内容に活かされていると思いますか? 4 3.9 4.3 4.3 4.7 4.8 4.3 4.7 4.8 4.1 4.3 4.7 4.8 4.1 4.3 4.7 4.8 4.1 4.3 4.7 4.8 4.1 4.3 4.7 4.8 4.1 4.3 4.7 4.8 4.1 4.3 4.7 4.8 4.1 4.3 4.8 4.1 4.3 4.9 4.2 4.1 4.3 4.1 4.3 4.1 4.3 4.1 4.3 4.1 4.3 4.1 4.3 4.1 4.3 4.1 4.3 4.1 4.3 4.1 4.5 4.1 4.1 4.5 4.1 4.5 4.1 4.1 4.5 4.1 4	問6	職員は、気軽に村	目談できる雰囲気作りをしていますか?	4	4.0	4.6	4.4
8	問7			4	3.9	4.3	4.2
日 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?	問8		通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい	4	4.3	4.7	4.4
日11 入浴サービスの内容に満足していますか? 3 4.0 4.3 4.1 4.5 4.1 4.1 4.5 4.1 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	4.1	4.3	4.1
間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?	問10	食事の献立、味何	け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
でいますか? 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 4.1 4.2 4.2 4.7 目 4.1 目 4.2 4.7 日 4.1 日 4.2 日 4.2 日 4.2 日 4.3 日 4.4 日 4.3 日 4.3 日 4.4 日 4.3 日 4.4 日 4.5 日 5.5	問11	入浴サービスの内	7容に満足していますか?	3	4.0	4.3	4.3
日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 4.7 4.1 1.5 4.2 4.7 4.1 1.5 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.7 4.1 4.2 4.2 4.3 4.4 4.2 4.3 4.4 4.4	問12		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	4	4.1	4.5	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?	問13	送迎サービスの間	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	4.1	4.2	4.4
1	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	4.2	4.7	4.6
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	4.4	4.4
スとなっていますか? 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? 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	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	4.0	4.4	4.4
て、サービスの改善に努めていると感じますか? 4 4.1 4.4 4.1 19 4.1 4.1 4.4 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1 4.1	問17			4	4.1	4.5	4.4
	問18			4	4.1	4.4	4.2
	問19			4	4.1	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 4.0 4.3 4.3	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	4.0	4.3	4.2

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	38.0%	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・ご感想を頂きありがとうございました。

今回までに頂いたご意見から、【ご利用者様の介助方法】や【今後どうすれば良いのか】等の相談が気軽に出来る事が求められていると感じました。またご意見の中で【時々家族の見学会があると良い】とのご意見がありました。昨年まではコロナ禍で施設に立ち入って見学することが叶わなかった為、機会を設けていきたいと考えております。

	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。		0.9	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。		4.9	7
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。	5	3.2	10
4	利用料金が適正なこと。		4.1	8
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。	3	11.6	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。	2	10.4	5
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。		2.3	12
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		2.0	13
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。		15.9	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	17.4	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		2.9	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。	4	14.5	3

事業者番号 2371300274		事業者名		皆自己		·ザー 用者)
		生協もりやま診療所デイケアあいあい 近とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	価 全		価 全
1. 尹未	※回答がなかった	とユーリー(パリカイ)	社結果	体 平 均	社結果	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	3.9	4.2
問2		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 りやすかったですか?	5	4.3	3.9	3.8
問3		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 分かりやすかったですか?	5	4.4	3.9	4.1
問4		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 いねいに対応してくれますか?	5	4.3	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	4.1	4.5
問6	職員は、気軽	怪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		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 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 ると思います	ァーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれていか?	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?	5	4.1	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	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	4.0	3.7	4.3
問12	ご本人が楽ていますかり	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 ?	5	4.1	4.0	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?	5	4.1	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	4.2	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	4.3	4.4
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	4.0	4.1	4.4
問17	通所リハビリ スとなってい	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ますか?	5	4.1	4.3	4.4
問18		いらの設問)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 の改善に努めていると感じますか?	5	4.1	4.0	4.2
問19	(名古屋市だけていると原	いらの設問)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 にますか?	5	4.1	4.0	4.1
問20	(名古屋市な	いらの設問)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	4.0	4.1	4.2

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	65.2%	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。

・約1年前に職員体制が大幅に変わり初心に戻って業務の見直しを行いました。介護サービス=おもてなし部分が非常に大きく、自立支援に力を入れた本来あるべきデイケアを目指したことによって不満につながってしまうケースも出てきてしまったかともいます。介護支援専門員やご家族様との連携も密にし、今後もご本人様に丁寧な説明をしていきたいと思います。・デイケアでの様子をもっと知りたいというご意見では不定期に配布している写真付きお便り以外にも、ご家族様が来所できる機会を検討したいと思います。

	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	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。		3.8	11
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		2.2	12
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。	5	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。		9.2	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。		9.9	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		8.3	6
9	自宅から近いこと。		4.1	9
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		5.7	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。	3	17.2	1
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	16.2	2
13	認知症の方へのケアが充実していること。	4	7.3	7
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	9.6	4

	事業者番号事業者名2371300654デイケア志水			事業者自己 評価		·ザー 用者)
			自	恤 全		価 全
1. 争来	※回答がなか。		社結果	一 体 平 均	社結果	一 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	3.9	4.2
問2		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 かりやすかったですか?	4	4.3	3.7	3.8
問3		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 は分かりやすかったですか?	5	4.4	3.9	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	4.0	4.4
問5	職員の言葉	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?	4	4.0	4.3	4.4
問7		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 いされていると思いますか?	4	3.9	4.3	4.2
問8	ケアマネシ ると思いま	ジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい すか?	4	4.3	4.3	4.4
問9	リハビリテー	ーションの内容や効果に満足していますか?	2	4.1	3.8	4.1
問10	食事の献る	立、味付けや食べやすさなどに満足していますか?	3	3.9	3.5	4.0
問11	入浴サーは	ごスの内容に満足していますか?	4	4.0	4.5	4.3
問12	ご本人が ³ ていますか	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 >?	5	4.1	4.2	4.1
問13	送迎サート	ご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	4.1	4.6	4.4
問14	送迎サート	ごスは、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	4.2	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	4.4
問16	事業所の記	受備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか?	5	4.0	4.4	4.4
問17		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 いますか?	4	4.1	4.2	4.4
問18		i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 スの改善に努めていると感じますか?	3	4.1	4.2	4.2
問19		i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感じますか?	3	4.1	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?	3	4.0	4.0	4.2

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。

今後のリハビリの注意点として、今まで以上に 利用者様に合わせた体力でリハビリテーションの 計画し、それに伴い各のスタッフがリハビリテーションを客観視しそれを利用者様と共有しながら 本人の意思を尊重したリハビリテーションを提供する。

	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。		3.1	12
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		3.8	10
4	利用料金が適正なこと。		6.4	5
5	地域での評判が良いこと。		3.6	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	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。		10.3	3
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。		6.4	5
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		5.9	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	7.9	4
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	5	20.5	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。	2	19.0	2

	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 (利月	f者)
1.事業		価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自社	全体	計 自 社	価 全 体
	※回答がなか ※ユーザー評	った場合、事業所[]、利用者[*] 価の公表をしない場合、[-]	結果	平均	結果	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	4.2
問2		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 かりやすかったですか?	5	4.3	3.9	3.8
問3		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ま分かりやすかったですか?	5	4.4	4.4	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	5	4.3	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	4.6	4.5
問6	職員は、気	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		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 かされていると思いますか?	5	3.9	4.6	4.2
問8	ケアマネシ ると思いま	ジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい さすか?	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?	5	4.1	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?	5	3.9	3.9	4.0
問11	入浴サート	ビスの内容に満足していますか?	5	4.0	4.3	4.3
問12	ご本人が¾ ていますか	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 >>?	5	4.1	4.4	4.1
問13	送迎サーバ	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	4.1	4.5	4.4
問14	送迎サート	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	4.2	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	4.6	4.4
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	4.0	4.5	4.4
問17		「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いますか?	5	4.1	4.7	4.4
問18		うからの設問)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 、スの改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.5	4.2
問19		うからの設問)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感じますか?	5	4.1	4.3	4.1
問20	(名古屋市	f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	4.0	4.6	4.2

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	26.1%	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。

今年度のアンケートにご協力していただきありがとうございました。 今年度も厳しいご意見等はありませんでしたが、季節行事を増やしてほしい等の貴重なご意見はできる限り取り入れていければと思っています。 これからも安心して楽しみながらご利用していただけるようスタッフー同取り組んでまいりますのでこれからもよろしくお願いします。

	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。		6.5	8
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		4.2	10
4	利用料金が適正なこと。		2.8	11
5	地域での評判が良いこと。	1	2.3	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。		8.5	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。	2	7.4	6
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	4	5.1	9
9	自宅から近いこと。		8.5	4
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		7.4	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。		12.2	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	3	20.1	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		2.5	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	12.5	2

	事業者番号 事業者名 2311403105 大同みどりクリニック				(利月	·ザー 用者)
	J.	☆ニックファークク ・ユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	価 全	自	価 全
11 T. N	※回答がなかった場	#合、事業所[]、利用者[*] 公表をしない場合、[-]	社結果	体 平 均	社結果	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	4.2
問2		(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 やすかったですか?	4	4.3	3.7	3.8
問3		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 かりやすかったですか?	4	4.4	4.1	4.1
問4		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 いねいに対応してくれますか?	4	4.3	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?	3	3.9	4.7	4.5
問6	職員は、気軽	こ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		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 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 ると思いますか	-と通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい ^?	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	4.1	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	の内容に満足していますか?	*	4.0	*	4.3
問12	ご本人が楽していますか?	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	4	4.1	3.9	4.1
問13	送迎サービスの	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	4.1	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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.4	4.4
問17	通所リハビリテ スとなっていま	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 すか?	4	4.1	4.2	4.4
問18		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 の改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.2	4.2
問19	(名古屋市からけていると感じ	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 ますか?	5	4.1	4.0	4.1
問20	(名古屋市から	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	4.0	4.0	4.2

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	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。

当事業所では、退院退所後の受け入れを積極的に行い短期集中的にリハビリテーションを提供すること、及び介護予防に重点を置いたサービスの提供をしております。今回のユーザー評価では「自立支援に基づいたサービスの提供」につきまして、当事業所ではリハビリテーション会議等を通じサービスの充実を図っているところではございますが、今後より一層、利用者本位のサービスの提供がおこなえるよう、サービスの向上に努めてまいりたいと思います。

	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。	4	8.7	5
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		2.2	11
4	利用料金が適正なこと。		5.3	8
5	地域での評判が良いこと。		3.7	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。		6.5	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	7.7	6
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		4.0	9
9	自宅から近いこと。		9.0	4
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		12.4	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。		0.0	14
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	18.3	2
13	認知症の方へのケアが充実していること。	3	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	19.5	1

	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			ユーザー (利用者)	
	*者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について	自	² 価 全	自	·価 全
7.4.7	※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、[-]	社 結 果	体 平 均	社 結 果	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	4.2
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	4.3	3.9	3.8
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	4.4	4.0	4.1
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、事業所の担当者はすばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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	4.3	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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	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	4.0	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	4.3	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?	5	4.1	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	4.2	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	4.6	4.4
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	4.0	4.4	4.4
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	4.1	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	4.1	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	4.1	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	4.0	4.3	4.2

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	76.9%	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	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。

自由記述の中で、送迎時に同居のご家族様にも体温測定をお願いしている件について見直ししてほしいという ご意見がありました。高齢者施設は重症化するリスクが高い方が多く通所するため、感染対策の1つに体温測定 を行っています。そのため、引き続きご協力をお願いいたします。また、レクリエーションの中で外出レクもあると 良いというご意見もいただきました。コロナ禍以前は外出レクも行っていたので検討していきます。 また、ボランティアの受け入れを再開しコミュニケーションの機会を増やせるよう計画をしています。今後もご利用 者様、ご家族様との良好な信頼関係を継続し、満足していただけるサービスが提供できるよう努めて参ります

	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	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。		1.0	13
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		0.3	14
4	利用料金が適正なこと。		2.8	9
5	地域での評判が良いこと。		1.6	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。	5	3.4	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。		9.3	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	4	4.1	7
9	自宅から近いこと。		6.7	5
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		5.4	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	20.4	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	23.8	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		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。	3	17.3	3

	業者番号	事業者名 保健施設	事業者評		ユーザ ^ー (利用者 評価	
1.事業	と 大者自己評価とユーザー(利用者) 評	価の実施結果について	自 社	全 体	自社	·៕ 全 体
	※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、[-]		結果	平 均	結果	· 平 均
問1	契約書や重要事項説明書などの説明に	は分かりやすかったですか?	5	4.4	_	4.2
問2	苦情受付窓口(事業所の相談窓口、市 説明は分かりやすかったですか?	役所、国民健康保険団体連合会など)についての	4	4.3	_	3.8
間3	あなた(ご利用者)やご家族に関する個 ての説明は分かりやすかったですか?	人情報は、"同意なし"に他人へ話さないことについ	5	4.4	-	4.1
問4	現在利用しているサービス内容につい すばやく、ていねいに対応してくれます	て、不満や苦情を申し出た時に、事業所の担当者はか?	5	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	-	4.5
問6	職員は、気軽に相談できる雰囲気作りる	をしていますか?	4	4.0	_	4.4
問7	職員に伝えたご本人の趣向や希望なと 内容に活かされていると思いますか?	が、通所リハビリテーション計画や実際のサービス	4	3.9	-	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション ると思いますか?	(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい	4	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	4.1	-	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?	2	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	4.0	_	4.3
問12	ご本人が楽しく過ごせるよう、他のご利り ていますか?	用者との人間関係についての気配りや調整がなされ	5	4.1	-	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	4.1	_	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	4.2	-	4.6
問15	感染予防や衛生面の対応に安心感が	特てますか?	5	4.3	-	4.4
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	4.0	-	4.4
問17	通所リハビリテーション(デイケア)の利) スとなっていますか?	用は、在宅での生活を継続する上で効果的なサービ	4	4.1	_	4.4
問18	(名古屋市からの設問)利用されている て、サービスの改善に努めていると感じ	事業者は、ご利用者やご家族からの意見をよく聞い ますか?	4	4.1	_	4.2
問19	(名古屋市からの設問)事業者から自立けていると感じますか?	z支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受	4	4.1	-	4.1
問20	(名古屋市からの設問)事業者からのサ	ーービス全般について、満足していますか?	4	4.0	-	4.2

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	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。

વ	事業者	シクラ	オン	Ĺ
ο.	尹未但	レノユ	ノノ	ľ

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。 者者 者 事 利用 業 者 者 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 1.3 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 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 5.7 4 利用料金が適正なこと。 7.0 5 地域での評判が良いこと。 3.4 6 不満や苦情などをじつくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。 3 4.9	利用者順位 14
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。 事業者者者。 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 1.3 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 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 5.7 4 利用料金が適正なこと。 7.0 5 地域での評判が良いこと。 3.4 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。 5.2 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 4.9	用者順位 14
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。 事業者者者。 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 1.3 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 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 5.7 4 利用料金が適正なこと。 7.0 5 地域での評判が良いこと。 3.4 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。 5.2 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 4.9	用者順位 14
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。 事業者者者。 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 1.3 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 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 5.7 4 利用料金が適正なこと。 7.0 5 地域での評判が良いこと。 3.4 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。 5.2 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 4.9	用者順位 14
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。 事業者者者。 1 土・日・祝日や早朝・夜間も営業していること。 1.3 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 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 5.7 4 利用料金が適正なこと。 7.0 5 地域での評判が良いこと。 3.4 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。 5.2 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 4.9	用者順位 14
# 日本	用者順位 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 6.4 3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 5.7 4 利用料金が適正なこと。 7.0 5 地域での評判が良いこと。 3.4 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。 5.2 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 4.9	14
3 個人情報を絶対に外にもらさないこと。 5.7 4 利用料金が適正なこと。 7.0 5 地域での評判が良いこと。 3.4 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。 5.2 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 4.9	
4 利用料金が適正なこと。7.05 地域での評判が良いこと。3.46 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。5.27 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 4.9	7
5 地域での評判が良いこと。 3.4 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。 5.2 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 4.9	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。	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 4.9	11
	9
	10
8 利用者どうしの人間関係が良いこと。 1.8	13
9 自宅から近いこと。 8.2	4
10 いつも時間どおりに送迎が行われること。 8.0	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。 2 13.1	3
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。 2.3	12
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

事業者番号事業者名2371400637わかさとクリニック			者自己 ^Z 価	己 ユーザー (利用者) 評価	
	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、[-]		全体平均	自社結	··· 全 体 平
	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?	果 5	均 4.4	果 -	均 4.2
	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	4.3	_	3.8
	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	4.4	-	4.1
	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、事業所の担当者に すばやく、ていねいに対応してくれますか?	5 5	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	-	4.5
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
	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
	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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
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	4.1	-	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	-	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	4	4.0	-	4.3
	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?	1 4	4.1	-	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	4.1	-	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	4.2	-	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?	4	4.3	-	4.4
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	4.0	-	4.4
	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 スとなっていますか?	ビ 4	4.1	-	4.4
	(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	4.1	_	4.2
	(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?	至 4	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	4.0	_	4.2

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	102.3%	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	36	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	81.8%	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の割合を表します。

૧	事業者	\mathcal{O}	オ ン/	L
υ.	于无石	いし	~~	ľ

Г	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。			T
4 JL.	187の相供されは利用にももが、見む金無知しでいて事でについて			
4. T	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。		1.8	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		0.7	13
4	利用料金が適正なこと。		6.2	6
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	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。		6.8	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	5	2.9	9
9	自宅から近いこと。		4.6	7
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		3.7	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。	3	17.0	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	20.9	2
13	認知症の方へのケアが充実していること。		1.8	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	22.0	1

事業者番号事業者名2371401189こうの整形外科デイケアセンター			者自己 ² 価	己 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	」 自 社	全 体	自社	·圖 全 体
	※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、[-]	結果	·· 平 均	結果	 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	4.5	4.2
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	4.3	4.4	3.8
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	4.4	4.6	4.1
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、事業所の担当者はすばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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	4.6	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	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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?	4	4.1	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?	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	4.0	4.8	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?	4	4.1	4.6	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	4.1	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	4.2	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?	5	4.3	4.8	4.4
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	4.0	4.8	4.4
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ヒスとなっていますか?	4	4.1	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	4.1	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	4.1	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	4.0	4.5	4.2

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。

ご意見ありがとうございました。食事、リハビリテーション、ご利用者様のご意見を再度お聞きして改善してまいります。

	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。	5	0.0	13
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		0.7	10
4	利用料金が適正なこと。	3	1.3	9
5	地域での評判が良いこと。	4	0.7	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	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	2.0	8
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		14.0	4
9	自宅から近いこと。		12.0	5
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		6.0	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	15.3	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。		25.3	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		0.7	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。		17.3	2

	事業者番号事業者名2311500843メイトウホスピタル		事業者自己		ユー (利月	
			部自	価 全		価 全
1. 争 杀	※回答がなか	価とユーザー(利用者)評価の実施結果について った場合、事業所[]、利用者[*] 価の公表をしない場合、[-]	1社結果	上体 平均	1社結果	本平均
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	4.3	4.2
問2		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 かりやすかったですか?	3	4.3	3.4	3.8
問3		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 は分かりやすかったですか?	4	4.4	3.9	4.1
問4		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 ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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	4.6	4.5
問6	職員は、気	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		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 かされていると思いますか?	3	3.9	4.5	4.2
問8	ケアマネシ ると思いま	ジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれていまか?	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	4.1	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	入浴サード	ごスの内容に満足していますか?	*	4.0	*	4.3
問12	ご本人が ていますか	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 ^?	3	4.1	4.4	4.1
問13	送迎サーロ	ご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	4.1	4.9	4.4
問14	送迎サーロ	ごスは、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	4.2	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	4.4
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	4.0	4.7	4.4
問17		「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 いますか?	4	4.1	4.8	4.4
問18		i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 スの改善に努めていると感じますか?	4	4.1	4.7	4.2
問19		i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感じますか?	4	4.1	4.7	4.1
問20	(名古屋市	i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	4.0	4.6	4.2

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	28.2%	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	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	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。

ユーザー評価におきましては、全ての項目で自己評価より高い評価を頂きました。唯一、「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?」の項目につきましては3点台でした。こちらの改善としまして、連絡帳へ相談窓口のシールを貼り見える化に取り組んで参ります。

	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。		3.6	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	3.2	9
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		2.4	10
4	利用料金が適正なこと。		2.4	10
5	地域での評判が良いこと。		1.6	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。		9.1	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	9.9	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		11.1	3
9	自宅から近いこと。		9.5	5
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。	5	7.9	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	14
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。		0.4	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	19.0	2

事業者番号 事業者名 2351580002 名東老人保健施設					·ザー 月者)
		計 自	·価 全		価 全
1.争亲	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、[-]	1社結果	- 体 平 均	1社結果	一体平均
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	4.3	4.2
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	4.3	3.7	3.8
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	4.4	4.2	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	5	4.3	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	4.6	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	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?	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	4.0	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	4.5	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	4.1	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	4.2	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	4.7	4.4
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	4.0	4.6	4.4
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	4.1	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	4.1	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	4.1	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?	5	4.0	4.7	4.2

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	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。

今回アンケートにお答え頂きました皆様の評価結果・コメントを基に、より良いサービスが提供できる様、職員一同で話し合う機会を設けサービス向上に繋げて行きます。

	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。		3.1	10
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		4.9	7
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。		1.8	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	3.1	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	6.9	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		5.7	5
9	自宅から近いこと。		5.7	5
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		4.4	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。		12.6	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	24.2	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。	2	0.5	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	20.6	2

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				皆自己 価	ユーザー (利用者) 評価	
1.事業	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	自社	全体	計 自 社	·恤 全 体
	※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、[-]		結果	平均	結果	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	4.2	4.2
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 説明は分かりやすかったですか?	団体連合会など)についての	4	4.3	4.0	3.8
問3	あなた(ご利用者)やご家族に関する個人情報は、"同意なしての説明は分かりやすかったですか?	"に他人へ話さないことについ	4	4.4	4.0	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?	出た時に、事業所の担当者は	3	4.3	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	4.7	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	4.4	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 内容に活かされていると思いますか?	ション計画や実際のサービス	3	3.9	4.2	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の「ると思いますか?	間では、連絡・調整がとれてい	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	4.1	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ら	?	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	4.0	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ていますか?	ついての気配りや調整がなされ	4	4.1	4.1	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	4.1	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、多	そ心して利用できますか?	4	4.2	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	4.4
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	4.0	4.2	4.4
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 スとなっていますか?	と継続する上で効果的なサービ	3	4.1	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、ご利用者で、サービスの改善に努めていると感じますか?	やご家族からの意見をよく聞い	4	4.1	4.1	4.2
問19	(名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方にけていると感じますか?	こ基づいたサービスの提供を受	3	4.1	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	4.0	4.2	4.2

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	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いただきありがとうございました。職員に対しての信頼感や安心感に関する設問に対して高評価をいただき嬉しく思っております。一方でリハビリや入浴に関してはやや評価が低かったことを真摯に受け止め、ご満足していただけるサービスを提供できるように、職員一同努力していきたいと思います。

	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。		2.3	11
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		2.6	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。		1.7	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。	4	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。	5	11.3	4
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		6.7	5
9	自宅から近いこと。		2.3	11
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		4.7	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。	1	14.5	3
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	2	23.8	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		3.2	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。	3	16.3	2

	事業者番号事業者名2351680000老人保健施設サンタマリア				·ザー 用者)
		自	² 価 全	自	² 価 全
	※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、[-]	社 結 果	体 平 均	社 結 果	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	4.5	4.2
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	4.3	4.6	3.8
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	4.4	4.8	4.1
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、事業所の担当者にすばやく、ていねいに対応してくれますか?	4	4.3	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	4.7	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	4.8	4.2
問8	ケアマネジャーと通所リハビリテーション(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	4.1	4.8	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	4.6	4.0
問11	入浴サービスの内容に満足していますか?	4	4.0	4.8	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?	ι ₅	4.1	4.7	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?	5	4.1	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	4.2	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	5.0	4.4
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	4.0	4.9	4.4
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トスとなっていますか?	4	4.1	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	4.1	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?	5	4.1	4.8	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	4.0	4.7	4.2

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	32.6%	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	13	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。

職員の対応への温かな感謝のお言葉、誠にありがとうございます。これからも、利用者の皆様に喜んで利用していただけるよう、努めて参ります。

	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。		4.1	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。		2.1	11
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		1.0	14
4	利用料金が適正なこと。	5	5.1	7
5	地域での評判が良いこと。		1.5	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。		7.2	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。		11.3	3
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。	4	5.1	7
9	自宅から近いこと。		4.6	9
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	17.9	2
12	職員の対応に安心感・信頼感が持てること。	1	21.0	1
13	認知症の方へのケアが充実していること。		1.5	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	10.3	4

事業者番号 2351680042		事業者名 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)	
	.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		自	全	自	価 全
	※回答がなか~ ※ユーザー評	った場合、事業所[]、利用者[*] 価の公表をしない場合、[-]	社結果	体 平 均	社 結 果	体 平 均
問1	契約書や真	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	4.4	4.2
問2		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 かりやすかったですか?	3	4.3	4.1	3.8
問3		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 は分かりやすかったですか?	3	4.4	4.4	4.1
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 すばやく、ていねいに対応してくれますか?			4.3	4.4	4.4
問5	職員の言葉	薬づかいや態度、身だしなみはいかがですか?	3	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?	3	4.0	4.6	4.4
問7		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 い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 ると思いま	・ャーと通所リハビリテーション(デイケア)事業所の間では、連絡・調整がとれてい すか?	3	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?	3	4.1	4.0	4.1
問10	食事の献立	立、味付けや食べやすさなどに満足していますか?	3	3.9	3.8	4.0
問11	入浴サート	ごスの内容に満足していますか?	3	4.0	4.2	4.3
問12	ご本人が導 ていますか	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い?	3	4.1	4.2	4.1
問13	送迎サート	ご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?	2	4.1	4.3	4.4
問14	送迎サート	ごスは、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?	2	4.2	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?	3	4.3	4.5	4.4
問16	事業所の記	受備や備品、清掃状況などの環境は整っていますか?	3	4.0	4.6	4.4
問17	通所リハビ スとなって	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 いますか?	3	4.1	4.5	4.4
問18		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 スの改善に努めていると感じますか?	3	4.1	4.3	4.2
問19		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感じますか?	3	4.1	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	4.0	4.3	4.2

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	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。

居宅介護支援事業所や他事業所との連携を図り、自宅の環境等を把握したうえで、ご家族やご本人の希望を踏まえたサービスを提供できるよう努めます。ご利用者の希望や満足度を図るため、自主トレーニングなどの取り組みを行います。

	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	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	5.2	8
3	個人情報を絶対に外にもらさないこと。		6.1	6
4	利用料金が適正なこと。		4.9	9
5	地域での評判が良いこと。	5	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。		4.3	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。	2	8.6	5
8	利用者どうしの人間関係が良いこと。		0.9	13
9	自宅から近いこと。		8.9	4
10	いつも時間どおりに送迎が行われること。		5.8	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。		18.1	2
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。		2.1	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	12.6	3