

# 令和6年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果 (介護療養型医療施設 介護医療院)

| 事業者番号      | 事業者名          |
|------------|---------------|
| 23B1200012 | 介護医療院名南ふれあい病院 |

## 1.事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

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

|                                                                     | 事業者自己評価 |      | ユーザー(利用者)評価 |      |
|---------------------------------------------------------------------|---------|------|-------------|------|
|                                                                     | 自社結果    | 全体平均 | 自社結果        | 全体平均 |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？                                    | 5       | 5.0  | 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       | 5.0  | 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       | 5.0  | 4.0         | 4.2  |
| 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       | 5.0  | 4.4         | 4.5  |
| 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       | 4.0  | 4.3         | 4.4  |
| 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  | 4.2         | 4.4  |
| 問7 ご本人の趣向や希望などが療養生活に反映され、満足していますか？                                  | 3       | 3.5  | 3.9         | 4.1  |
| 問8 介護・看護計画やサービス内容について、担当者から説明がありましたか？                               | 5       | 5.0  | 4.5         | 4.4  |
| 問9 医師の診療や看護師等の処置といった医療的ケアについて、安心感が持てますか？                            | 5       | 5.0  | 3.8         | 4.1  |
| 問10 リハビリテーション(拘縮予防・血行促進等を含む)は、ご利用者の状態に応じて実施されていると思いますか？             | 5       | 5.0  | 4.0         | 4.0  |
| 問11 栄養摂取は、ご利用者の状態に合わせて適切に行われていると思いますか？                              | 5       | 4.5  | 4.1         | 4.2  |
| 問12 入浴や清拭の内容に満足していますか？                                              | 5       | 4.5  | 4.0         | 4.1  |
| 問13 身だしなみ(洗顔、整髪、着替え、口腔ケア、爪切りなど)についての介護内容に満足していますか？                  | 5       | 4.5  | 3.8         | 4.0  |
| 問14 感染症の予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？                                        | 5       | 5.0  | 4.0         | 4.2  |
| 問15 身体拘束(※)を行わないような配慮がされていますか？                                      | 5       | 4.5  | 4.7         | 4.7  |
| 問16 入院中に起こりやすい事故やトラブルなどについて、担当者から説明がありましたか？                         | 5       | 5.0  | 4.1         | 4.1  |
| 問17 環境整備(設備や備品の整備・修繕、居住空間の清掃など)に配慮がされていますか？                         | 5       | 4.5  | 4.1         | 4.1  |
| 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       | 5.0  | 4.4         | 4.3  |
| 問19 (名古屋市からの設問)事業者から自立支援(※)の考え方に基づいたサービスの提供を受けていると感じますか？            | 3       | 3.5  | 3.9         | 3.9  |
| 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       | 4.5  | 4.1         | 4.2  |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

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

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

3.事業者のコメント

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

今回ご利用者様より評価していただいたところで評価が低い点に関しましてはご満足いただけるよう改善してまいります。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

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

|                                                      | 事業者 | 利用者<br>% | 利用者<br>順位 |
|------------------------------------------------------|-----|----------|-----------|
| 1 契約や施設サービス計画・内容などについて、わかりやすく説明してくれること。              |     | 3.7      | 10        |
| 2 個人情報絶対に外にもらさないこと。                                  |     | 1.3      | 15        |
| 3 利用料金が適正なこと。                                        |     | 6.0      | 9         |
| 4 不満や苦情などをじっくりと聞いてくれて、よく対応してくれること。                   |     | 2.7      | 11        |
| 5 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。                               | 1   | 19.7     | 1         |
| 6 食事や入浴、排泄介助などの基本サービスが充実していること。                      | 3   | 12.0     | 2         |
| 7 健康状態についての情報や利用者の希望を介護内容に反映してくれること。                 |     | 9.0      | 3         |
| 8 個人を尊重したケアが行われていること。                                | 2   | 8.7      | 4         |
| 9 持ち物管理をはじめ、身の回りや環境の整備が行き届いていること。                    |     | 0.7      | 16        |
| 10 感染症の方や医療的ケア(喀痰吸引や経管栄養など)の必要な方の受入れ体制があること。         |     | 8.3      | 6         |
| 11 身体合併症を有する認知症の方への対応やリハビリテーションの実施などの専門的ケアが充実していること。 |     | 2.0      | 13        |
| 12 できるだけ長期間入院できること。                                  | 5   | 6.3      | 8         |
| 13 看取りケアが行われていること。                                   |     | 2.7      | 11        |
| 14 医療面での安心感が持てること。                                   | 4   | 8.7      | 4         |
| 15 立地が自宅や家族の家から近いこと。                                 |     | 6.7      | 7         |
| 16 法人の理念や施設の運営方針に共感できること。                            |     | 1.7      | 14        |

# 令和6年度名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価の実施結果 (介護療養型医療施設 介護医療院)

| 事業者番号      | 事業者名      |
|------------|-----------|
| 23B1600013 | 介護医療院 東樹会 |

## 1.事業者自己評価とユーザー(利用者)評価の実施結果について

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

|                                                                     | 事業者自己評価 |      | ユーザー(利用者)評価 |      |
|---------------------------------------------------------------------|---------|------|-------------|------|
|                                                                     | 自社結果    | 全体平均 | 自社結果        | 全体平均 |
| 問1 契約書や重要事項説明書などの説明は分かりやすかったですか？                                    | 5       | 5.0  | 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       | 5.0  | 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いての説明は分かりやすかったですか？      | 5       | 5.0  | 4.3         | 4.2  |
| 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       | 5.0  | 4.5         | 4.5  |
| 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       | 4.0  | 4.5         | 4.4  |
| 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  |
| 問7 ご本人の趣向や希望などが療養生活に反映され、満足していますか？                                  | 4       | 3.5  | 4.2         | 4.1  |
| 問8 介護・看護計画やサービス内容について、担当者から説明がありましたか？                               | 5       | 5.0  | 4.3         | 4.4  |
| 問9 医師の診療や看護師等の処置といった医療的ケアについて、安心感が持てますか？                            | 5       | 5.0  | 4.2         | 4.1  |
| 問10 リハビリテーション(拘縮予防・血行促進等を含む)は、ご利用者の状態に応じて実施されていると思いますか？             | 5       | 5.0  | 4.0         | 4.0  |
| 問11 栄養摂取は、ご利用者の状態に合わせて適切に行われていると思いますか？                              | 4       | 4.5  | 4.3         | 4.2  |
| 問12 入浴や清拭の内容に満足していますか？                                              | 4       | 4.5  | 4.1         | 4.1  |
| 問13 身だしなみ(洗顔、整髪、着替え、口腔ケア、爪切りなど)についての介護内容に満足していますか？                  | 4       | 4.5  | 4.1         | 4.0  |
| 問14 感染症の予防や衛生面の対応に安心感が持てますか？                                        | 5       | 5.0  | 4.3         | 4.2  |
| 問15 身体拘束(※)を行わないような配慮がされていますか？                                      | 4       | 4.5  | 4.7         | 4.7  |
| 問16 入院中に起こりやすい事故やトラブルなどについて、担当者から説明がありましたか？                         | 5       | 5.0  | 4.1         | 4.1  |
| 問17 環境整備(設備や備品の整備・修繕、居住空間の清掃など)に配慮がされていますか？                         | 4       | 4.5  | 4.1         | 4.1  |
| 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       | 5.0  | 4.2         | 4.3  |
| 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       | 3.5  | 3.9         | 3.9  |
| 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       | 4.5  | 4.3         | 4.2  |

2.ユーザー(利用者)評価の参加状況について

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

|         |       |                                               |
|---------|-------|-----------------------------------------------|
| 参加利用者数  | 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 | 52.6% | 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 | 70.0% | 評価票の記入を依頼した利用者のうち、評価票を提出していただいた利用者の割合を表します。   |

3.事業者のコメント

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

今年度もユーザー評価にご協力いただきありがとうございました。 スタッフへの労いのお言葉はとても嬉しく日々の業務の励みになります。引き続き、利用者様やご家族様に安心・安全な療養生活を温かい雰囲気の中で提供できる様にスタッフ一同で努力してまいります。 面会につきましては、感染対策を考慮しながら今後も見直しを重ねてまいりますので、何卒ご協力を賜ります様よろしくお願い申し上げます。 頂戴したご意見を基に、皆さまから信頼していただける施設となれます様尽力させていただく所存でございます。

4.サービスの提供または利用にあたり、最も重要視している事項について

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

|                                                      | 事業者 | 利用者 % | 利用者 順位 |
|------------------------------------------------------|-----|-------|--------|
| 1 契約や施設サービス計画・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      |
| 2 個人情報 を絶対に外にもらさないこと。                                |     | 0.0   | 15     |
| 3 利用料金が適正なこと。                                        | 3   | 10.9  | 4      |
| 4 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   | 0.8   | 13     |
| 5 職員の対応に安心感・信頼感が持てること。                               | 2   | 16.3  | 1      |
| 6 食事や入浴、排泄介助などの基本サービスが充実していること。                      |     | 11.5  | 3      |
| 7 健康状態についての情報や利用者の希望を介護内容に反映してくれること。                 |     | 5.1   | 9      |
| 8 個人を尊重したケアが行われていること。                                | 1   | 4.8   | 10     |
| 9 持ち物管理をはじめ、身の回りや環境の整備が行き届いていること。                    |     | 0.0   | 15     |
| 10 感染症の方や医療的ケア(喀痰吸引や経管栄養など)の必要な方の受入れ体制があること。         |     | 5.6   | 8      |
| 11 身体合併症を有する認知症の方への対応やリハビリテーションの実施などの専門的ケアが充実していること。 |     | 3.7   | 12     |
| 12 できるだけ長期間入院できること。                                  |     | 13.3  | 2      |
| 13 看取りケアが行われていること。                                   | 5   | 6.1   | 6      |
| 14 医療面での安心感が持てること。                                   |     | 10.7  | 5      |
| 15 立地が自宅や家族の家から近いこと。                                 |     | 4.5   | 11     |
| 16 法人の理念や施設の運営方針に共感できること。                            |     | 0.8   | 13     |