

介護老人保健施設かがやき

老健かがやきでは、超強化型を算定しています。
多職種で連携をして皆様が
ご自宅へ帰れるよう支援させていただきます!!

入所中

医師による医学的管理のもと、看護・介護によるケア、専門職員によるリハビリテーションや栄養管理、お家での生活を意識した生活リハビリなどのサービスを提供します。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による

充実した個別リハビリテーションを実施

※入所後 3 ヶ月間は週4日、3 ヶ月後からは週 3 回のリハビリ実施

ご自宅の状況に合った
段差や浴槽のまたぎ等の訓練
自転車エルゴや階段昇降による
有酸素運動、傾斜のある砂
利道や 70mの廊下を利用した
の歩行訓練



ストレッチ
興味関心チェック
そろばんを使った計算
整理整頓等



認知機能訓練
百人一首などの音読
図形模写
絵カード記憶
会話訓練/遅延再生



生活リハビリ

立ち上がり動作、トイレや入浴動作など個別リハビリテーションとは別に生活の中でリハビリを意識した支援や集団リハビリ等を行います。

*お食事

管理栄養士、言語聴覚士が飲み込みの状態を確認しながら食べやすい食事形態を検討し提供しています。

季節の行事食も味はもちろん!

パッと笑顔がこぼれるような見た目にもこだわっています!!



退所前

入所後のご本人の状態をご家族へお伝えします。

ご本人、ご家族、在宅ケアマネージャーと自宅での生活するために必要な支援を検討します。ご自宅での生活の継続にご不安がある場合は、まずは数日ご自宅へ帰るなどお試しでの退所または外泊も調節可能です。

退所後

ショートステイや同じ建物内にあるデイケアのサービスをご利用して頂きながら、継続的にご自宅での生活を支援させていただきます。

お家での生活を続ける中で、「もう一度集中的にリハビリを受けたい」「介護者が不在になる期間だけもう一度入所したい」などご希望に合わせて再入所の調節もさせていただきます。

自宅



ショートステイ
や
デイケアの
サービスを提供



かがやき入所



自宅に戻るまで
動作能力の
維持向上

**ご自宅での生活を少しでも長く過ごせるよう
かがやきを第2のお家としてご活用下さい。**



利用料ってどのくらい？

	対象者	1か月の利用料金目安 (介護サービス費(1割負担)+居住費・食費)
入所	要介護1～5	要介護1 (99,623円～) +CSセット 要介護2 (101,963円～) +CSセット 要介護3 (103,985円～) +CSセット 要介護4 (105,758円～) +CSセット 要介護5 (107,495円～) +CSセット

※CSセット・・・日額300円で生活に必要な衣類やアメニティセットがご利用できます。

	対象者	1日の利用料金目安 (介護サービス費(1割負担)+居住費・食費)
短期入所	要支援1～2	要支援1 (4,017円～) +CSセット 要支援2 (4,185円～) +CSセット
	要介護1～5	要介護1 (4,246円～) +CSセット 要介護2 (4,326円～) +CSセット 要介護3 (4,393円～) +CSセット 要介護4 (4,453円～) +CSセット 要介護5 (4,514円～) +CSセット

多床室(4人部屋)

カーテンでプライバシーを保護します。お部屋の入口に洗面所、トイレがあります

個室

お部屋の中にトイレ、洗面所があります 個室代：3,300円/日がかかります。

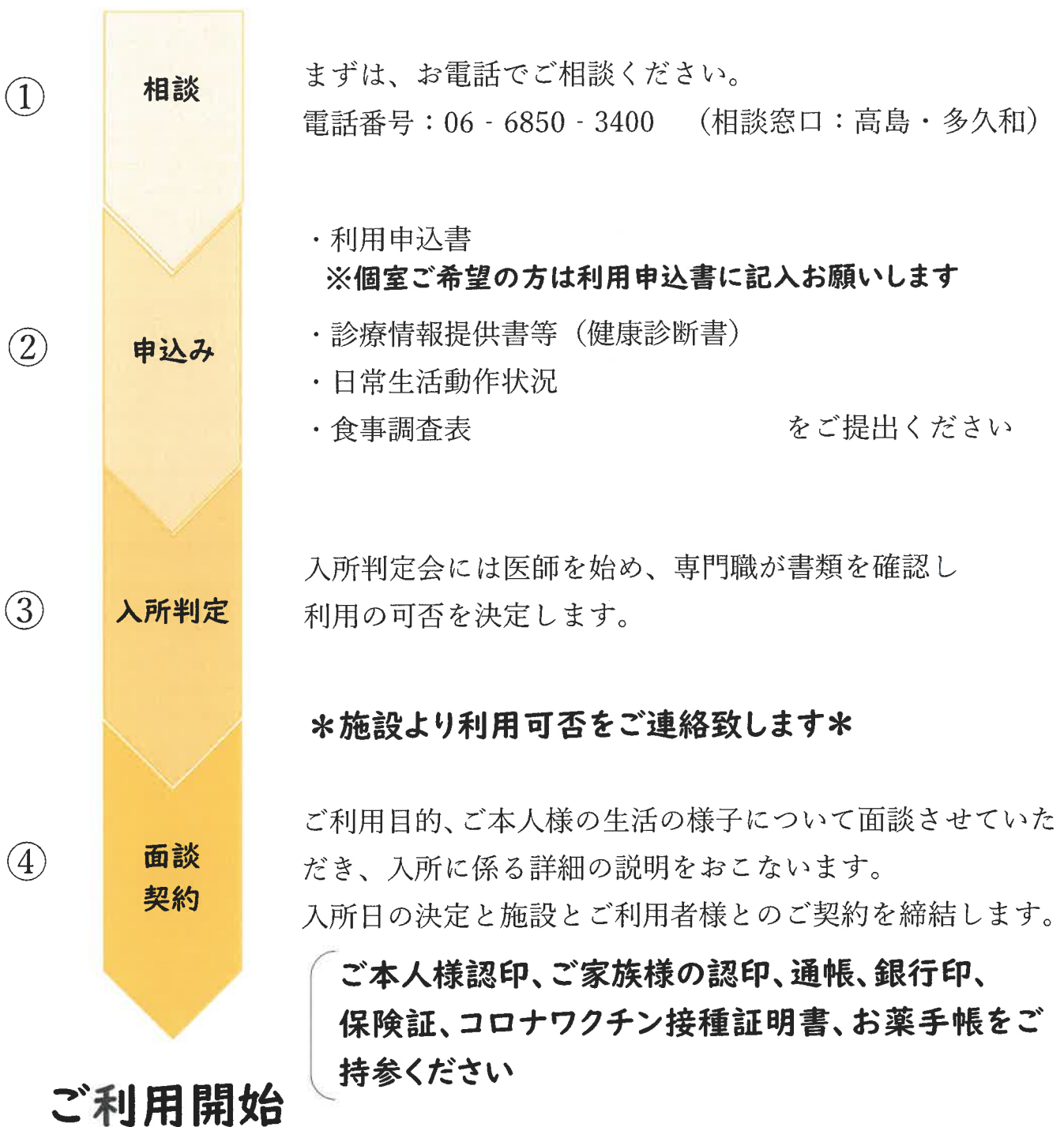


個室



多床室

ご利用までの流れ



ご利用開始



〒560 - 0044

大阪市豊中市刀根山元町 5 - 60

☎ 06 - 6850 - 3400

Fax 06 - 6850 - 9700

受付時間：8：45～17：30

（日曜・祝日、12月29日～1月3日を除く）

(様式1)

年 月 日

利用申込書

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
介護老人保健施設かがやき 施設長 様

申込者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____
続柄 _____

次のとおり、介護老人保健施設かがやきが提供するサービスの利用を申し込みます。

利 用 者	フリガナ
氏 名	(男・女)
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒
希 望 す る 利 用 内 容	1. 施設入所 2. 短期入所 3. 通所リハビリテーション 4. 介護予防短期入所 5. 介護予防通所リハビリテーション [特別療養室(個室)の希望 あり・なし]
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
希 望 す る 理 由	-----

診療情報提供書

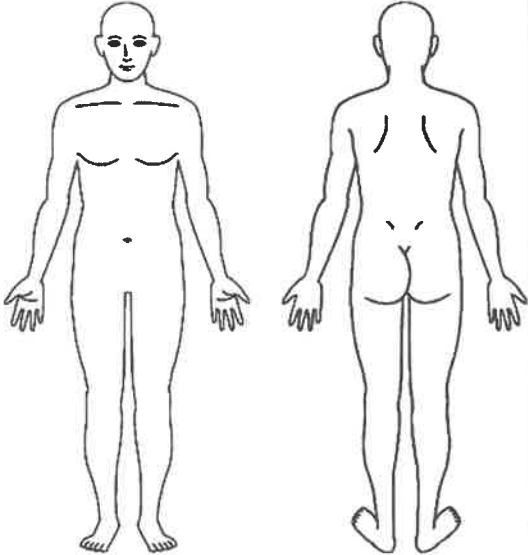
令和 年 月 日

紹介元

所在地
名称

TEL
医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S	年	月	日生	歳
傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)					
既往歴とその発症年月					
症状経過、検査結果及び治療経過			麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい		
					
現在の処方					
禁忌薬剤 ()					
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2					
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M					
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)					
備考					

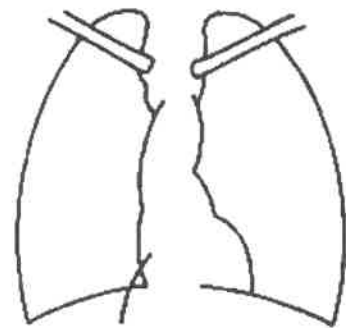
診療情報提供書

検査所見 (年 月 日)

血液検査	白血球数	() × 10 ³ /mm ³	血圧	(/)	
	赤血球数	() × 10 ⁴ /mm ³	尿	蛋白 (- ± + ++ +++)	
	血色素量	() g/dl		糖 (- ± + ++ +++)	
	ヘマトクリット	() %		潜血 (- ± + ++ +++)	
	血小板数	() × 10 ⁴ /mm ³	感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性)	
	AST	() μ/l		TPHA (陰性 ・ 陽性)	
	ALT	() μ/l		HCV抗体 (陰性 ・ 陽性)	
	尿素窒素	() mg/dl		MRSA (陰性 ・ 陽性)	
	クレアチニン	() mg/dl	(検出部位)		
	ナトリウム	() mEq/l	皮膚疾患	無 ・ 有	
	カリウム	() mEq/l		疥癬 (部位))
	カルシウム	() mg/dl		褥瘡 (部位))
	血清蛋白	() g/dl		その他 ()
	血清アルブミン	() g/dl		(部位)
	CRP	() mg/dl			
血糖値	() mg/dl				
HbA1c	() %				
※HbA1cは糖尿病の方のみ					

胸部X線所見 (撮影 年 月 日)

できるだけ写真を添付して下さい



心電図所見 (年 月 日)

検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。

検査データは、なるべく直近3ヶ月以内のものをお願いします。

《日常生活動作状況票》

記入日 年 月 日

利用者様ご氏名 様 (男・女)

身長 cm 体重 kg (測定日 年 月 日) 介護度= 寝たきり度= 認知症自立度= ご記入者 様 (職種又は続柄)

		当てはまるものを○で囲んでください。	備考
基本的動作	移動 (移動手段)	自立 見守り 一部介助 全介助 独歩 杖 歩行器 車椅子(自操・介助) リクライニング つたい歩き 手押し車	
	乗り移り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	寝返り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	起き上がり	自立 見守り 一部介助 全介助	
	座位保持	自立 時々姿勢不良 不可	
	立位保持	自立 見守り 一部介助 全介助 つかまり立ち (可・不可)	最終転倒転落日
	転倒	なし 時々 頻回 要見守り 転倒予防策 ()	年 月 日
	転落	なし 時々 頻回 要見守り 転落予防策 ()	年 月 日
食事	自立 見守り 一部介助 全介助 胃ろう 嚥下困難(無・有) とろみ(無・有) 義歯(無・有 上下)		
入浴	種類 シャワー浴 リフト浴 寝浴 家庭浴(跨いで入る一般浴槽) 浴槽内移動 自立 見守り 手引き シャワーチェアー 洗体 自立 見守り 一部介助 全介助	拒否(無・有)	
排泄	トイレ動作 自立 見守り 一部介助 全介助 留置カテーテル 人工肛門 尿意 有・無 (常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない) 便意、排便 有・無 毎日有り 1週間に()回くらい 下剤(使用・不使用) (日中) トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ (夜間) トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ	夜間トイレ回数 回数()	
更衣	上半身 自立 見守り 一部介助 全介助 下半身 自立 見守り 一部介助 全介助		
整容	歯みがき 自立 見守り 一部介助 全介助 義歯洗浄(可・不可) 洗面 自立 見守り 一部介助 全介助		
意思の疎通	視力 普通 見えにくい(右・左) 全く見えない(右・左) 眼鏡(無・有) 聴力 普通 聞こえにくい(右・左) 全く聞こえない(右・左) 補聴器(無・有) 意思の表出 問題なし やや困難 困難 ナースコールの使用(可・不可) 理解力 問題なし やや困難 困難 言語障害 無・有		
心身の状態	無気力 感情の起伏が激しい 物忘れがある(季節・人の顔・場所・日時) 物が無くなったと言う 徘徊 収集癖 脱衣 幻覚 妄想 せん妄 帰宅願望 介護抵抗 不穏 異食行為 大声 暴力 不潔行為 夜間の興奮 その他()	対応策	
睡眠	良眠 時々不眠 不眠 昼夜逆転 その他()		
服薬	服薬管理(施設で管理必要・自己管理が可能) 内服(自己にて飲める・手渡しにて声かけ必要・介助必要) 点眼薬(無・有) 外用薬(無・有)		
皮膚疾患	無・有(疾患又は状態)		
本人の趣味・習慣		飲酒(無・有) 喫煙(無・有)	
本人の性格・生活歴 (出身・職歴など)			
その他、ご要望、ご心配なことがありましたらご記入ください。			

お食事についての調査票

記入日 年 月 日
ご記入者

身長()cm 体重()kg

(職種又は続柄:)

1.主食について 召し上がっていらっしゃるものに○をお付け下さい。

米飯 おにぎり 全粥 パン

粥ゼリー(コード1j ※口の中で少しつぶして飲み込める性状のもの) その他()

2.副食について 召し上がっていらっしゃるもの(大きさ)に○をお付け下さい。

軟菜食(普通の大きさ) 粗キザミ(一口大)

細キザミ(みじん切り大 コード4 ※歯ぐきでつぶせる硬さ)

ソフト食(コード3 ※舌でつぶせる硬さ) その他()

3.朝食について 当施設では粥(雑炊)または、パンがほぼ交互に出ます。

パンの日には牛乳がでます。ご希望のものに、○をお付け下さい。

・特に指定はない(献立通りの提供)

・毎朝パンがよい

・毎朝粥(雑炊)がよい

・牛乳が飲めない(牛乳の日はコーヒー牛乳がでます)

・牛乳もコーヒー牛乳も飲めない(牛乳の日はジュースがでます)

・その他()

4.栄養価について 現在提供されているお食事の栄養価をわかる範囲でご記入下さい。

エネルギー()kcal 塩分()g

5.義歯について

・義歯あり→〈総義歯・一部義歯・使用していない〉

・義歯なし→〈自分の歯・歯茎のみ〉

6.その他

・食物アレルギー ①なし ②ある(食品名)

・嫌い(苦手)な食品 ①なし ②ある(食品名)

・トロミ ①つけていない ②つけている(汁物 お茶 どちらにも)

③つけている場合 とろみの濃度(薄い 中間 濃い)

・食事摂取量 主食量の()割 副食量の()割

・食事の時に(スプーン 大・小 フォーク 大・小 自助皿 自助スプーン)が必要

・経管栄養 ①注入している栄養剤()

②投与回数 朝()袋(個) 昼()袋(個) 夕()袋(個)

③白湯 朝()ml 昼()ml 夕()ml

④接続チューブ→(チューブ型 ホタン型ストレート型 ホタン型L字型)

7.食事について何か配慮することがありましたら、ご記入下さい。

※ご記入頂く際に、何かわかりづらいことがありましたら管理栄養士:黒田までご連絡下さい。

コードは嚥下調整食分類2013に基づいています。

介護老人保健施設 かがやき