



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カ月間は週4日、3カ月後からは週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の廊下を利用しての歩行訓練



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です!
バツと笑顔がこぼれるような楽しい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。

かがやき入所



自宅に戻るまで

動作能力の

維持向上

自宅



ショートステイ

や

デイケアの

サービスを提供

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 (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・・・月額 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 (4,017 円～) + CS セット
	要支援 2 (4,185 円～) + CS セット
	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



まずは、お電話でご相談ください。
電話番号：06 - 6850 - 3400

(相談窓口：多久和、佐々木、有馬、補永)

・利用申込書

※個室ご希望の方は利用申込書に記入をお願いします

・診療情報提供書等 (健康診断書)

・日常生活動作状況

・食事調査表

をご提出ください

入所判定会には医師を始め、専門職が書類を確認し
利用の可否を決定します。

施設より利用可否をご連絡致します

ご利用目的、ご本人様の生活の様子について面談させていた
だき、入所に係る詳細の説明をおこないます。

入所日の決定と施設と利用者様とのご契約を締結します。

ご本人様認印、ご家族様の認印、通帳、銀行印、
保険証、コロナワクチン接種証明書、お薬手帳をご
持参ください

ご利用開始



T 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。

利用者氏名	フリガナ (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 利用

診療情報提供書

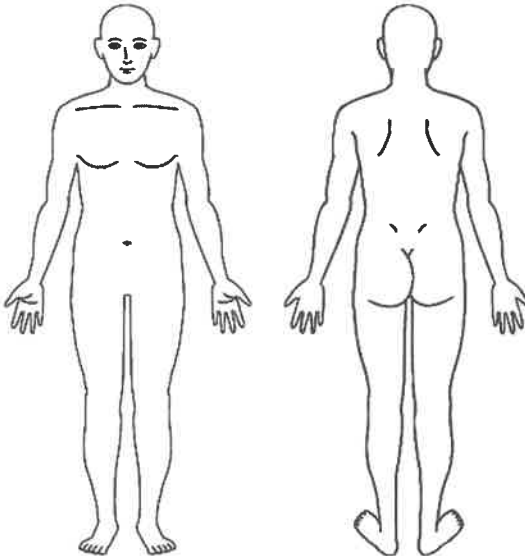
令和 年 月 日

紹介元

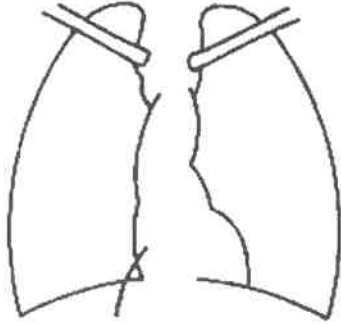
所在地
名称

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)																																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">白血球数</td><td style="width: 15%;">() × 10³/mm³</td></tr> <tr><td>赤血球数</td><td>() × 10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>血色素量</td><td>() g/dl</td></tr> <tr><td>ヘマトクリット</td><td>() %</td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>() × 10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>AST</td><td>() μ/l</td></tr> <tr><td>ALT</td><td>() μ/l</td></tr> <tr><td>尿素窒素</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>クレアチニン</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>ナトリウム</td><td>() mEq/l</td></tr> <tr><td>カリウム</td><td>() mEq/l</td></tr> <tr><td>カルシウム</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>血清蛋白</td><td>() g/dl</td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>() g/dl</td></tr> <tr><td>CRP</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>血糖値</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>HbA1c</td><td>() %</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">※HbA1cは糖尿病の方のみ</td></tr> </table>	白血球数	() × 10 ³ /mm ³	赤血球数	() × 10 ⁴ /mm ³	血色素量	() g/dl	ヘマトクリット	() %	血小板数	() × 10 ⁴ /mm ³	AST	() μ/l	ALT	() μ/l	尿素窒素	() mg/dl	クレアチニン	() mg/dl	ナトリウム	() mEq/l	カリウム	() mEq/l	カルシウム	() mg/dl	血清蛋白	() g/dl	血清アルブミン	() g/dl	CRP	() mg/dl	血糖値	() mg/dl	HbA1c	() %	※HbA1cは糖尿病の方のみ		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%; vertical-align: top;">血圧</td><td style="width: 85%;">(/)</td></tr> <tr><td style="vertical-align: top;">尿</td><td> 蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++) </td></tr> <tr><td style="vertical-align: top;">感染症</td><td> HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) (検出部位) </td></tr> <tr><td style="vertical-align: top;">皮膚疾患</td><td> 無 ・ 有 疥癬 (部位) 褥瘡 (部位) その他 () (部位) </td></tr> </table>	血圧	(/)	尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)	感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) (検出部位)	皮膚疾患	無 ・ 有 疥癬 (部位) 褥瘡 (部位) その他 () (部位)
白血球数	() × 10 ³ /mm ³																																												
赤血球数	() × 10 ⁴ /mm ³																																												
血色素量	() g/dl																																												
ヘマトクリット	() %																																												
血小板数	() × 10 ⁴ /mm ³																																												
AST	() μ/l																																												
ALT	() μ/l																																												
尿素窒素	() mg/dl																																												
クレアチニン	() mg/dl																																												
ナトリウム	() mEq/l																																												
カリウム	() mEq/l																																												
カルシウム	() mg/dl																																												
血清蛋白	() g/dl																																												
血清アルブミン	() g/dl																																												
CRP	() mg/dl																																												
血糖値	() mg/dl																																												
HbA1c	() %																																												
※HbA1cは糖尿病の方のみ																																													
血圧	(/)																																												
尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)																																												
感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) (検出部位)																																												
皮膚疾患	無 ・ 有 疥癬 (部位) 褥瘡 (部位) その他 () (部位)																																												
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 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>																																												
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）

ご記入者 様
（職種又は続柄）

介護度＝

寝たきり度＝

認知症自立度＝

		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 （移动手段）	自立	見守り	一部介助 全介助	最終転倒転落日 年 月 日	
	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）
	転倒	なし	時々 頻回	要見守り		転倒予防策（ ）
	転落	なし	時々 頻回	要見守り		転落予防策（ ）
食事	自立 見守り	一部介助	全介助	胃ろう		
入浴	種類 浴槽内移動 洗体	シャワー浴 リフト浴 寝浴 家庭浴（跨いで入る一般浴槽） 自立 見守り 手引き シャワーチェアー 自立 見守り 一部介助 全介助			拒否（無・有）	
排泄	トイレ動作 尿意 便意、排便 （日中） （夜間）	自立 見守り	一部介助	全介助	留置カテーテル 人工肛門 有・無（常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない） 有・無 毎日有り 1週間に（ ）回くらい 下剤（使用・不使用） 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 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 下半身	自立 見守り	一部介助	全介助		
整容	歯みがき 洗面	自立 見守り	一部介助	全介助	義歯洗浄（可・不可）	
意思の疎通	視力 聴力 意思の表出 理解力 言語障害	普通 見えにくい（右・左）	全く見えない（右・左）	眼鏡（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） 物がなくなったと言う 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 今現在、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
 粥ミキサー(コード2-1)
 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 今現在、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。

- 普通
 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)
 ミキサー食(コード2)
 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。
パンの日には牛乳もしくはジュースがでます。ご希望のものに をお付け下さい。

- 特に指定なし(献立通りの提供)
 毎朝パン
 毎朝粥(雑炊)
 牛乳が飲めない(牛乳の日はジュースがでます)
 牛乳もジュースも飲めない(牛乳の日は要相談)
 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 たんぱく質()g 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 なし あり(食品名)
・嫌い(苦手)な食品 なし あり(食品名)
・トロミ つけていない つけている (汁物 お茶 どちらにも)
 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
・食事所要時間 : 約 ()分
・食思(食欲) : 良好・低下・ムラあり・不明
・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
・経管栄養剤を注入されておられる方
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やエピソード等ございましたら、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