

エスポワール和泉 受け入れ基準

○=問題ございません △=ご相談ください ×=お受けできかねます

項 目	受入れ	備 考	
脳神経系	麻痺	○	
	言語障害	○	
	寝たきり	○	
	嚥下障害	△	
循環器系	ペースメーカー使用者	△	手術後一カ月程経過 されている方
呼吸器系	喘息発作をおこす方	△	発作の頻度により
消化器系	人工肛門	○	
	胃ろう栄養	○	
	経鼻栄養	○	
腎尿路系	留置カテーテル使用者	○	
感覚器系	難聴	○	
	全盲	○	
精神科	認知症	○	
	老人性うつ病 その他精神疾患	△	
感染症	B型肝炎	○	
	C型肝炎	○	
	疥癬	×	
	梅毒	○	
	MRSA	○	
その他	在宅酸素使用の方	△	
	褥瘡	△	
	吸引	△	
	末期癌	△	
	インスリン注射	△	

※ 判断の目安を記載したものですので、実際のご入所にあたっては個々のご様子に応じて判断させていただきます。

※ 上記以外のご症状につきましては、支援相談員にお気軽にご相談ください。

ご利用までの流れ

ご見学

- ◆施設の詳細について、わかりやすくご説明いたします。
土曜日、日曜日、祝祭日も受け付けております。
- ◆お手数ですがご見学をスムーズにさせていただく為にご予約をお願い致します。
045-805-6711【受付時間／9:00～17:00】

お申込み

- ◆以下の書類を提出をお願い致します。（ホームページよりダウンロードできます）
 - 1.利用申込書・ADL状況調査票
<http://www.esp-izumi.com/doc/form.pdf>
 - 2.健康診断書（横浜市指定用紙）
<http://www.esp-izumi.com/doc/checkup.pdf>

ご面談

- ◆当施設にてご本人のお身体のご様子等を確認致します。
- ◆必要に応じて病院や施設に伺います。

『エスポワール和泉』入所判定会議

- ◆原則、2日以内に審査結果をご連絡いたします。

利用契約締結

- ◆以下の書類などが必要になりますので、ご準備をお願い致します。
 - 1.介護保険証
 - 2.介護保険負担限度額認定証(認定者の方)
 - 3.健康保険証(国民健康保険・後期高齢者証 等)
 - 4.ご本人及び保証人2名、計3名分の印鑑(シャチハタ印不可)
 - 5.保証人2名分の身分証明書(運転免許証・健康保険証 等)
 - 6.口座振替用の金融機関名と口座番号、銀行お届け印

エスポワール和泉でのリハビリ・生活がスタート

※ご不明な点は、お気軽に支援相談員にお問い合わせください。

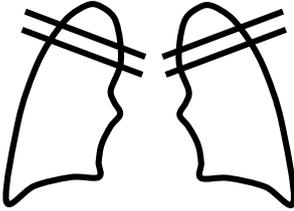
健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 年 月 日(歳)	明治・大正・昭和
住所	TEL			

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)			
検査所見 【検査日 年 月 日】		胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】	
尿	蛋白質	- ± +	所見  異常あり・異常なし
	糖	- ± +	
	潜血	- ± +	
感染症	H B s	抗原精密 - +	
	H C V	抗体 - +	
症	疥癬	- + 部位()	
皮膚疾患(含褥瘡)		無・有()	結核の既往 無・有(歳)
アレルギー(食物・薬)		無・有()	視力障害 無・有()
麻痺		無・有()	聴力障害 無・有()
拘縮		無・有()	言語障害 無・有()
特記事項			

上記のとおり、診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

医療情報提供のお願い

医療機関各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。

当施設の利用希望者様の受入審査に際し、介護老人保健施設にて適切に介護できるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせ下さいますようお願い致します。

尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

検査日 平成 年 月 日

WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP
-----	-----	----	----	-----	-----

GOT	GPT	ALP	LDH	尿酸
-----	-----	-----	-----	----

TP	Alb	BUN	Cr	Na	K
----	-----	-----	----	----	---

総コレステロール	中性脂肪	FBS	その他(HbA1c)
----------	------	-----	-------------

MRSA(鼻)()

※ 糖尿病疾患のあるかたはHbA1cの検査をお願いします。

※ 検査データのコピーを添付して下さい。

※ 過去の検査データもございましたらコピーで結構ですのでお知らせ下さい。

お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

* 当施設ご利用希望者様へ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。

ADL 状況調査票 ()様 介護度()

項目		内容		
食事	形態	常食・粥()・刻み()・一口大・ペースト		
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク)・一部介助・全介助		
	カロリー数、塩分量	カロリー()・塩分() その他()		
	好き嫌い	好() 嫌() ※嫌いなものはどの程度の苦手さかも記入をお願い致します。		
	水分	とろみ(有・無) 他()		
	問題・工夫			
排泄	方法	日中：自立トイレまで誘導・スポン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介護)・パット・オムツ 夜間：自立トイレまで誘導・スポン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介護)・パット・オムツ		
	尿意・便意の有無	有 無		
	1日の排泄回数	日中(回) 夜間(回)		
	便秘有無	有 無		
	夜間の対応	自立・定時の声掛け		
	問題・工夫			
	清潔	方法	一般・特浴・他	
洗身		自立・一部介護・全介護		
洗髪		自立・一部介護・全介護		
問題・工夫				
更衣	更衣	自立・一部介護・全介護		
	ボタンのかけはずし	自立・一部介護・全介護		
	スポンの上げ下ろし	自立・一部介護・全介護		
	靴下着脱	自立・一部介護・全介護		
	問題・工夫			
移動	歩行	自立歩行・杖歩行・歩行器・つたえ歩行・這う・車椅子		
	ふらつき	有・無 (転倒の危険性 有・無)		
	車椅子操作	自立・一部介護・全介護		
	立ち上がり	自立・一部介護・全介護		
	移乗	自立・一部介護・全介護		
	端座位保持	可能・不可		
	車椅子からの立ち上がりの危険性	有・無		
	立位保持	可能・不可 可能な場合おおよその時間()		
	問題・工夫			
身の回り	寝返り	自立・一部介助・全介助	義歯管理	自立・一部介助・全介助
	起き上がり	自立・一部介助・全介助	整理整頓	自立・一部介助・全介助
	歯磨き	自立・一部介助・全介助	爪きり	自立・一部介助・全介助
	うがい	自立・一部介助・全介助	髭剃り	自立・一部介助・全介助
	洗顔	自立・一部介助・全介助	手洗い	自立・一部介助・全介助
	耳の手入れ	自立・一部介助・全介助		
	問題・工夫			
	意思疎通	可能・不可		
	問題行動	有・無		
	視力・聴力	視力() 聴力()		
	運動障害	有・無		
	麻痺	有・無		
	拘縮	有・無		

利用料金表 入所（上段:特室 下段:一般室）

2018年4月現在

（単位：円）

要介護度	保険適用 (1割)	夜勤職員 配置加算	サービス提供 体制強化加算	在宅復帰療養 支援機能加算	栄養マネジメント 加算	個別加算 (目安)	日用品費	衣類リース (目安)	食費	居住費	2018年4月現在		2割負担 合計/月	
											特室料金	合計/日		1割負担 合計/月
要介護1	833	26	19	36	15	324	230	400	1,840	2,700	1,700	8,123	243,690	279,120
											0	6,423	192,690	227,580
要介護2	881	26	19	36	15	324	230	400	1,840	2,700	1,700	8,171	245,130	282,000
											0	6,471	194,130	230,460
要介護3	948	26	19	36	15	324	230	400	1,840	2,700	1,700	8,238	247,140	286,020
											0	6,538	196,140	234,480
要介護4	1,004	26	19	36	15	324	230	400	1,840	2,700	1,700	8,294	248,820	289,380
											0	6,594	197,820	237,900
要介護5	1,059	26	19	36	15	324	230	400	1,840	2,700	1,700	8,349	250,470	292,680
											0	6,649	199,470	241,140

(30日基準)

(30日基準)

負担限度額認定者

	食費(日額)	居住費(日額)	減額
第二段階	390	820	△99,900
第三段階	650	1,310	△77,400

※金額はあくまでも目安になります。詳細はお問い合わせ下さい。

※上記の加算項目は1割負担で記載しております。

加算項目

項目	金額			摘要
		1割負担	2割負担	
初期加算	1日	33円	66円	入所日から30日を限度に加算
短期集中リハビリテーション実施加算	1日	258円	516円	入所から3ヵ月以内の期間に集中的にリハビリを行った場合
口腔衛生管理体制加算	1回	33円	66円	歯科医師又は歯科医師の指導を受けた歯科衛生士が介護職員に対して入所者の口腔ケアに係わる技術的助言及び指導を行っていること
口腔衛生管理加算	1月	96円	193円	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合
経口移行加算	1日	30円	60円	経管栄養の方に経口移行計画に基づき栄養管理を行った場合
経口維持加算(Ⅱ)	1月	107円	216円	嚥下が認められる方に経口維持計画に基づき栄養管理を行った場合
療養食加算	1食	6円	13円	療養食(糖尿病・腎臓病食など)を提供した場合
認知症短期集中リハ加算	1日	258円	516円	入所から3ヵ月以内に軽度認知症の方に集中的なリハビリテーションを実施した場合
若年性認知症入所者受入加算	1日	129円	258円	若年性認知症の利用者を受け入れケアを提供した場合
認知症情報提供加算	1回	376円	752円	認知症疾患医療センター等への紹介をした場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日	215円	430円	在宅での生活が困難で緊急入所と判断された場合
入所前後訪問指導加算	1回	494円	988円	入所が1月を超えると見込まれる方の入所前30日以内・入所後7日以内に退所後の居宅訪問をした場合
退所時指導加算	1回	429円	858円	退所後の療養指導を行った場合
退所時情報提供加算	1回	536円	1,072円	退所後の主治医に対して診療情報を提供した場合
退所前連携加算	1回	536円	1,072円	居宅介護支援事業所に対して診療情報を提供した場合
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	1日	327円	654円	肺炎等により、治療管理として投薬・検査・注射・処置等が行なわれた場合(連続する7日を限度)
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	1日	509円	1,018円	肺炎等により病院受診等した結果、治療管理として投薬・検査・注射・処置等が行なわれた場合(連続する7日を限度)
低栄養リスク改善加算	1月	342円	643円	低栄養リスク「高」の方に対して栄養状態・嗜好踏まえ食事・栄養調整等を行った場合
排せつ支援加算	1月	107円	214円	排尿または排便が「一部介助」また「全介助」の方に対して支援計画を作成し、支援を行った場合
緊急治療管理費	1日	548円	1,096円	3日限度
ターミナルケア加算	4～30日	172円	344円	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し家族合意の上 看取りが出来るよう支援した場合
	前日及び前々日	879円	1,758円	
	当日	1769円	3,538円	
外泊時費用加算	1日	388円	776円	外泊初日と最終日を除く外泊日に算定(1ヶ月6日限度)
地域連携診療計画情報提供加算	1日	322円	644円	
処遇改善交付金	1月			介護職員の処遇改善にかかわる加算

自費負担項目(選択) 入所の方が対象となります

項目	金額		内容
日用品	1日	230円	シャンプー・薬用ハンドソープ・歯磨き粉・歯ブラシ・入歯洗浄剤・ティッシュペーパー おしぼり・タオル・コップ
教養娯楽	1回	300円	クラブ活動費・レクリエーション材料費
特別行事費	1回	実費	特別な行事にかかる費用
理美容代	1回	実費	カット・パーマ・白髪染め・ヘアーマニキュア・シェービング
健康管理費	1回	実費	インフルエンザ予防接種
嗜好品	1回	実費	牛乳・ヨーグルト・チーズ・梅干・納豆他
診断書(所定様式あり)	1通	4,200円	文書作成費
診断書(所定様式なし)	1通	3,150円	文書作成費
証明書	1通	2,100円	文書作成費
特別室A	1日	1,550円	液晶テレビ・オーディオ・タンス・木目調電動ベッド
特別室B	1日	1,700円	