

エスポワール和泉 通所リハビリ デイケア

サービスのご案内

老人保健施設「エスポワール和泉」デイケアでは、安全で安心した在宅生活の実現を目指し、健康管理、リハビリテーション、入浴、食事、レクリエーション活動等のサービスを提供いたします。

ご利用者様が可能な限り、自宅やその地域において自立した生活を営むことが出来るよう、援助していくことを目的としています。

月曜日～金曜日（祝日も営業しております）
9:45～16:00 定員20名/日



デイケアの様子

1日の流れ

9:00～
9:30 送迎(住所により変動)

9:45 到着
朝のあいさつ
バイタル測定

10:00 入浴(午前中)

10:30 個別リハビリ

12:20 昼食

13:45 集団体操 集団リハビリ

14:30 おやつ

15:00 レクリエーション

16:00 帰りのあいさつ
帰宅 送迎



外も見える大きなお風呂と座った状態でも入れる機械浴があり、利用者様に合わせた入浴が行えます。



施設内で調理した、出来立ての美味しいお食事を提供しております。



経験豊富な理学療法士、作業療法士によるリハビリやマッサージを受けられます。



楽しいイベント

リハビリテーションだけでなく楽しいイベントを行っています。お花見、散歩、ドライブなど季節を感じられる行事を行っています。



経験豊富なスタッフ

「エスポワール和泉」では、経験豊かなスタッフを配置しております。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、介護士がチームとなって対応しております。安心してデイケアをご利用できるよう一日体験も行っています。



送迎範囲

横浜市泉区 戸塚区 瀬谷区 旭区(さちが丘)

藤沢市(湘南台、円行、亀井野、高倉) 大和市(下和田)

※その他の地域でもお気軽にご相談下さい。

アクセス・お問い合わせ



相鉄いずみ野線
ゆめが丘駅
いずみ中央駅

徒歩10分
徒歩12分

横浜市営地下鉄
下飯田駅

徒歩15分

住所 〒245-0016
横浜市泉区和泉町2604-1

電話
045-805-6711

FAX
045-805-6712

担当 支援相談員

エスポワール和泉 通所受け入れ基準

○＝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	△	応相談
その他	在宅酸素の方	△	応相談
	褥瘡	△	応相談
	吸引	△	応相談
	末期癌	○	
	インスリンの投与が必要な方	△	応相談

※ 上記については判断の目安を記載したものですので実際の通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ご説明、施設をご案内いたします。
 - ◆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ください。
 - ◆045-805-6711【受付時間／9:00～17:00】
- ※デイケアご見学は平日でしたら実際の利用風景がご覧になれます。

お申込み

- ◆以下の書類を提出していただきます。（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ご自宅に伺います。

『エスポワール和泉』通所判定会議

- ◆2日以内に審査結果はご連絡いたします。

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通所利用がスタート

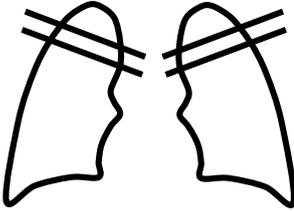
健康診断書

(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 - +	
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()	
	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・スホ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・スホ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	
	スホンの上げ下ろし	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	
	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 通所

2018年4月現在

(単位:円)

要介護度	保険適用 (1割負担)/日	リハビリテー ション提供体 制加算	サービス提供 体制強化加算	入浴介助 加算	食費	1割負担		2割負担	
						合計/日	8日間利用	合計/日	8日間利用
要介護1	726	26	20	55	680	1,507	12,056	2,334	18,672
要介護2	867	26	20	55	680	1,648	13,184	2,616	20,564
要介護3	1,005	26	20	55	680	1,786	14,288	2,892	22,772
要介護4	1,171	26	20	55	680	1,952	15,616	3,224	25,428
要介護5	1,333	26	20	55	680	2,114	16,912	3,548	28,020

※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。

利用料金表 予防通所

要介護度	保険適用(1割負担)/月	運動機能向上加算/月	サービス提供体制	1割負担	2割負担
				合計/日	合計/日
要支援1	1,863	245	78	2,186	4,372
要支援2	3,933	245	157	4,335	8,670

※リハビリマネジメント加算359円は1月に1回加算されます。
※上記に食費680円/日が加算されます。
※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。

加算項目(通所リハビリテーション)

項目	金額	摘要
短期集中リハビリテーション実施加算1	1日 310円	退院もしくは利用開始日より1月までの算定
短期集中リハビリテーション実施加算2	1日 128円	退院もしくは利用開始日より1月以上3月までの算定
個別リハビリテーション実施加算2	1日 172円	退院もしくは利用開始日より算定
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1日 512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
若年性認知症利用者受入加算	1日 128円	若年性認知症のご利用者様に対してサービスを行った場合
栄養改善加算	1日 320円	低栄養状態の改善を目的として実施した場合(1月2回限度)
口腔機能向上加算	1日 320円	口腔機能向上を目的として口腔清掃・摂食・嚥下に関する訓練を実施した場合
重度療養管理加算	1日 214円	要介護4・5の方でストーマ・胃ろうの処置をしている場合
訪問指導等加算	1月 1174円	理学療法士が居宅を訪問し機能検査等を行いリハビリ計画の見直し・作成を行った場合
介護職員処遇改善加算 I	1月	介護職員の処遇改善にかかわる加算

加算項目(予防通所リハビリテーション)

項目	金額	内容
栄養改善加算	1月 320円	低栄養状態の改善を目的として実施した場合(1月2回限度)
口腔機能向上加算	1月 320円	口腔機能向上を目的として口腔清掃・摂食・嚥下に関する訓練を実施した場合
選択的サービス複数実施加算	1月 1024円	運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上サービスの中で2種類のサービスを実施した場合
若年性認知症利用者受入加算	1月 1494円	運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上サービスの中で3種類のサービスを実施した場合
事業所評価加算	1月 256円	若年性認知症のご利用者様に対してサービスを行った場合
介護職員処遇改善加算 I	1月	介護職員の処遇改善にかかわる加算