

社会福祉法人 駒忠会 理念

高齢者と家族のための、
高齢者と家族、職員、地域住民、行政の協働による
みんなが利用する施設

特別養護老人ホーム

ご利用者様とご家族の方々が安心
できる「まごころ」をご提供します。

常時介護を必要とする方のための施設です。
サービス計画に基づき、食事、入浴、排泄などの
日常生活の介助、機能訓練、健康管理などの
サービスをご提供いたします。

年間を通して、季節感のあるものを取り入れた
行事、趣味活動を行っています。

お食事は、管理栄養士が身体状況や摂取状況を
ふまえプランを作成し、それぞれに合ったお食
事形態でご提供いたします。また、季節に合わ
せた行事食や誕生会のデザートなどご用意して
おります。

心身機能の維持向上は、理学療法士を中心に看
護師や介護士等と協働してプランを作成し、そ
の方に合った日常生活が続けられる様個別対応
にて行っています。



行事食メニュー



誕生会デザート



機能回復訓練室(2F)



中間浴・機械浴(2F)



一般浴(2F)



書道クラブ



手芸クラブ(七夕・7月)



お買い物会(春・秋)



納涼祭御輿とゲーム(8月)

短期入所（ショートステイ）

大切なお家族様を短期間お預かり
します。

介護されているご家族の日常の介護疲れや冠婚
葬祭、仕事や旅行などで一時的に介護ができな
い場合などに、お食事や入浴、排泄などの日常
生活上の介助を致します。

ご家族の介護の負担を軽減し、ご利用者様の在
宅での生活を長く継続できるように支援させて
いただきます。



居室(個室)



4人居室(片側2床)



職員による催し物(敬老会・9月)



節分会(2月)



ボランティアさん来苑

○地域交流ホール

地域交流の拠点として、地域の方々が
集える場としてご利用いただけます。

※ボランティアさんのレクレーションや
介護者サロン、高齢者の運動サークル、
地区社協の子育てサロンなどにご利用
いただいています。

ホールご利用につきましてはお気軽に
ご相談ください。

○施設の概要

定員	特別養護老人ホーム (従来型)	54名
	ショートステイ	16名

部屋数	4人部屋 (46.8㎡)	15室
	個室 (16.2㎡)	10室

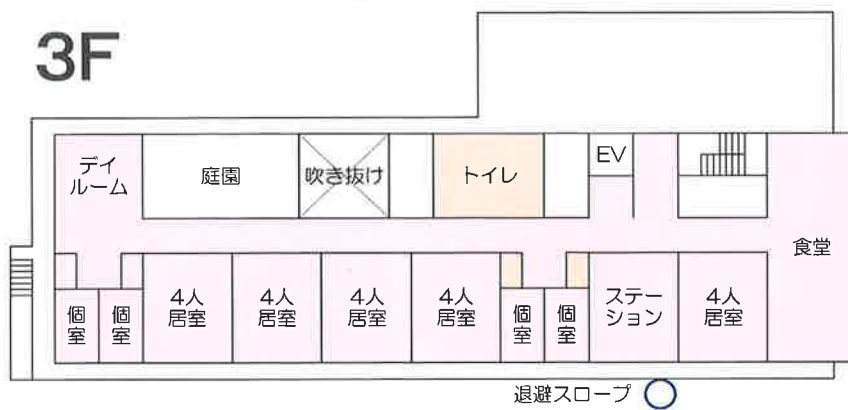


花見散歩(3~4月)

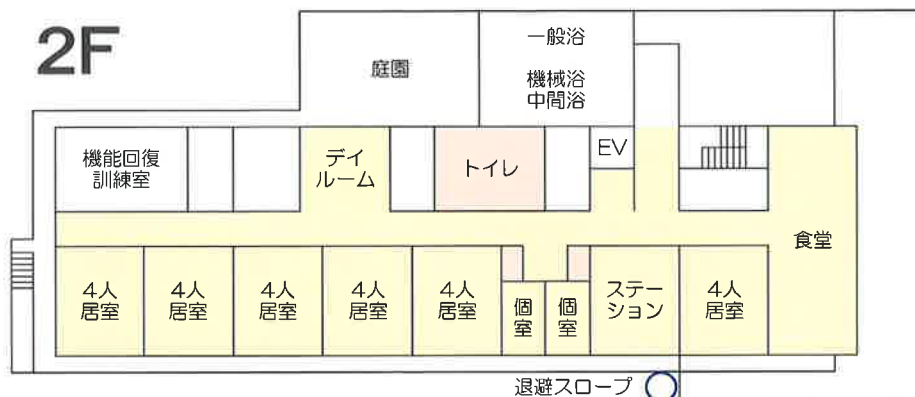


しぶや苑パークでタケノコ掘り(4月)

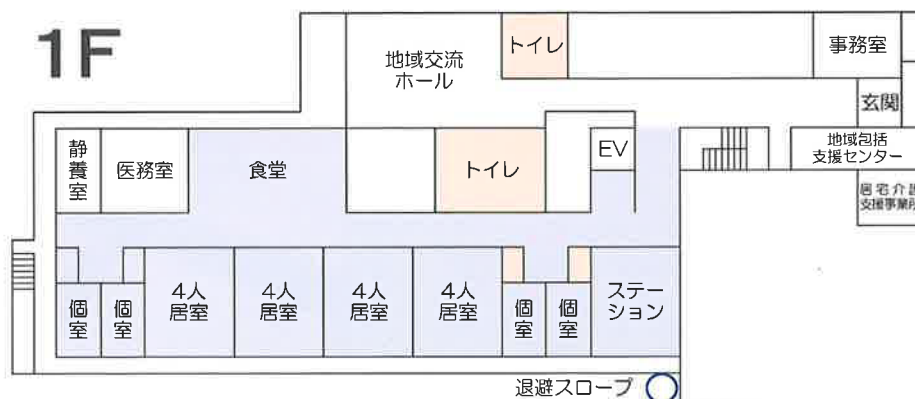
3F



2F



1F



居宅介護支援事業所

介護保険の認定を受けた方々のケアプランを作成します。

在宅の高齢者が安心して自宅での暮らしを続けていけるよう居宅サービス計画(ケアプラン)を作成し、適切なサービスが提供できるように事業者等との連絡・調整や、介護保険施設への紹介、その他介護全般のご相談をケアマネジャーがお受け致します。

シニアサポートセンター (地域包括支援センター)

住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、高齢の皆さんの介護・福祉・医療等に関するさまざまな相談を受け付けています。

さいたま市より委託を受け、保健師または看護師・主任ケアマネジャー・社会福祉士等スタッフが連携し、必要な機関と協力・調整して、問題解決のお手伝いをします。お気軽にお電話ください。相談は無料です。

(様式 1)

特別養護老人ホーム入所申込書 (その 1)

申 込 日	平成 年 月 日
受 付 日	平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 浦和しぶや苑 施設長 宛

【提出者】

住 所	〒	
(フリガナ)		本人との関係
氏 名		
電話番号	()	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介護認定 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	認知症等による行動障害 (別表 1 参照)	ときどき見られる行動の番号 : 頻繁に見られる行動の番号 :			
	心身の状況	1 障害有 (障害の種類 : 級) 2 なし			
	入所を希望する理由 (※ 1)	1 主たる介護者 ①ない (音信不通を含む) ②長期入院、施設入所によりいない () 2 主たる介護者がいるが介護が困難 (複数回答あり) 理由 ①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※ 2 ④就業 ⑤育児 () 3 地域の介護サービス等に不足がある (複数回答あり) ※ 3 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 () 4 その他 ()			
	医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号 (複数回答あり) 1 点滴 2 中心静脈栄養 3 透析 4 人工肛門 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開 8 疼痛看護 9 経管栄養 10 モニター測定 11 褥瘡 12 カテーテル 摂取している薬及びその頻度			

※ 1 入所を希望する理由 () 内には、その具体的理由を記入してください。

※ 2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を () 内に記入してください。

※ 3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

特別養護老人ホーム入所申込書（その２）

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(フリガナ) 氏 名		性 別 男・女	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1 同居 2 別居 ()			
	従たる介護者	(フリガナ) 氏 名		性 別 男・女	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1 同居 2 別居 ()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間					
	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態	
有 (常勤・パート) 無		有 (人 歳) 無		良好		
				不良 ()		
				主たる介護者の家族の健康状態		
				良好		
				不良 ()		
そ の 他	入所を希望する時期		1 今すぐ 2 年 月頃までには、入所したい			
	申込の状況		1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地： 施設名：			
	待機月数		年 月			
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由 (要介護1又は2の方のみ)		該当する特例入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ※別紙をご確認の上、該当する要件を選択してください			
説 明 確 認	私は、入所申込の際、入所に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。 また、特例入所の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏 名					

※被保険者証（写）、サービス利用表（写）及びサービス利用表別表（写）（概ね直近3カ月分）を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。

別紙

別表 1

認知症等による行動障害	1 徘徊 2 外出して戻れない 3 被害的 4 大声を出す 5 介護に抵抗 6 収集癖 7 一人で出たがる 8 物や衣類を壊す 9 昼夜逆転 10 作話 11 感情が不安定 12 同じ話をする 13 落ち着きなし 14 ひどい物忘れ 15 独り言・独り笑い
-------------	--

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

特例入所の要件

ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること

イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること

ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること

エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

調 査 票

NO. _____

氏名		男女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	介護度	
家族状況			病歴		現在の介護サービス状況	
後期高齢者医療 ・ 生保 ・ 他()			身障手帳：有 ・ 無		年金：有 ・ 無 (受給額 円/年)	
視力	1. 普通 2. ぼんやり見える 3. 見えない(右・左・両目)					
聴力	1. 普通 2. 大声なら聞える 3. 聞えない(右・左・両耳)					
会話	1. 普通 2. 話せるが不明瞭 3. 話せない 4. 筆談など					
食事	1. 常食 2. 粥食 3. 刻み食 4. ミキサー食 5. 経管など					
摂取	1. できる 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助					
歩行	1. できる 2. 杖歩行 3. 車イス自走 4. 車イス介助					
排泄	1. トイレ 2. Pトイレ 3. オムツ (自立・一部介助・全介助)					
入浴	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助 4. 清拭のみ					
着替え	1. できる 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助					
認知症	1. 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 2. 無					
	具体的症状：					
その他						
居室希望 : 1. 個室 2. 多床室 3. どちらでも (ベット ・ カーペット ・ エアマット)						

※ご記入いただいた個人情報は、施設内の入所検討委員会で利用させていただく場合があります。
 お預かりした個人情報は、責任をもって管理いたします。ご本人、もしくは代理人様の了解を得ずに、第三者への開示や目的以外での利用はいたしません。

經過記錄

入所申込者氏名		被保険者番号	
ケアプラン について	在宅サービス利用率 %		
	利用しているサービス		
	サービス名	利用回数など	
	サービスに対する本人又は家族の希望など		
本人の状況	1 身体 の 状況 について		
	2 認知症 など について		
	3 疾患 など について		
その他 留意すべきこと			

担当ケアマネージャー氏名	
事業所名	
住所	
電話番号	