

笑顔いっぱいの介護

浦和しぶや苑

- 特別養護老人ホーム
- ショートステイ
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター



社会福祉法人 駒忠会

社会福祉法人 騏忠会 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。

ご利用者様のサポート



衛生管理の行き届いた厨房で
調理しております



理学療法士によるリハビリ風景



経験豊富な看護師がご利用者様
の健康を見守ります



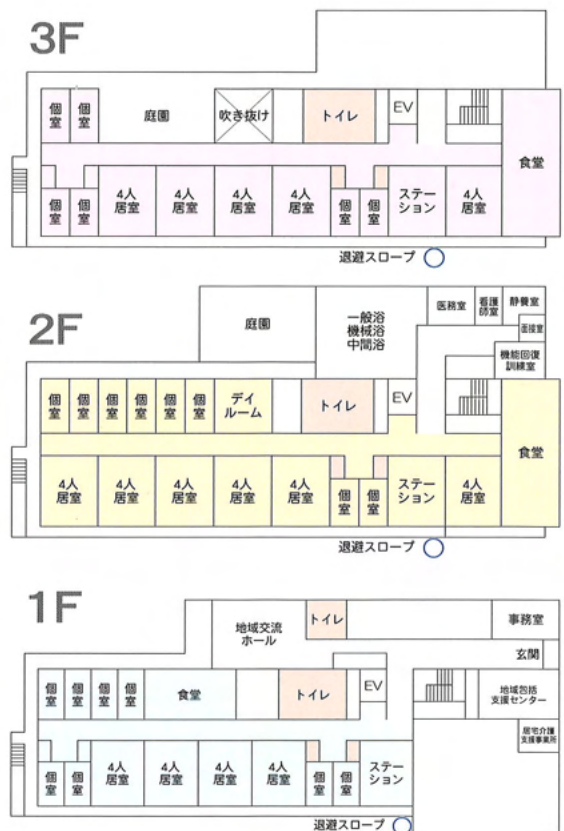
通院も万全の体制でサポート
しております

ショートステイ【空床利用型】

大切なご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。



○施設の概要

定員	特別養護老人ホーム	82名
	(従来型)	
	ショートステイ	【空床利用型】
部屋数	4人部屋 (46.8㎡)	15室
	個室 (14.6~16.2㎡)	22室



季節ごとのイベントも盛りだくさん



施設紹介



居室(個室)



4人居室(片側2床)



中間浴・機械浴(2F)



一般浴(2F)

お食事



行事食メニュー(一例)



クリスマス会デザート(一例)

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・地域支え合い推進員が連携し、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。

施設へのアクセス



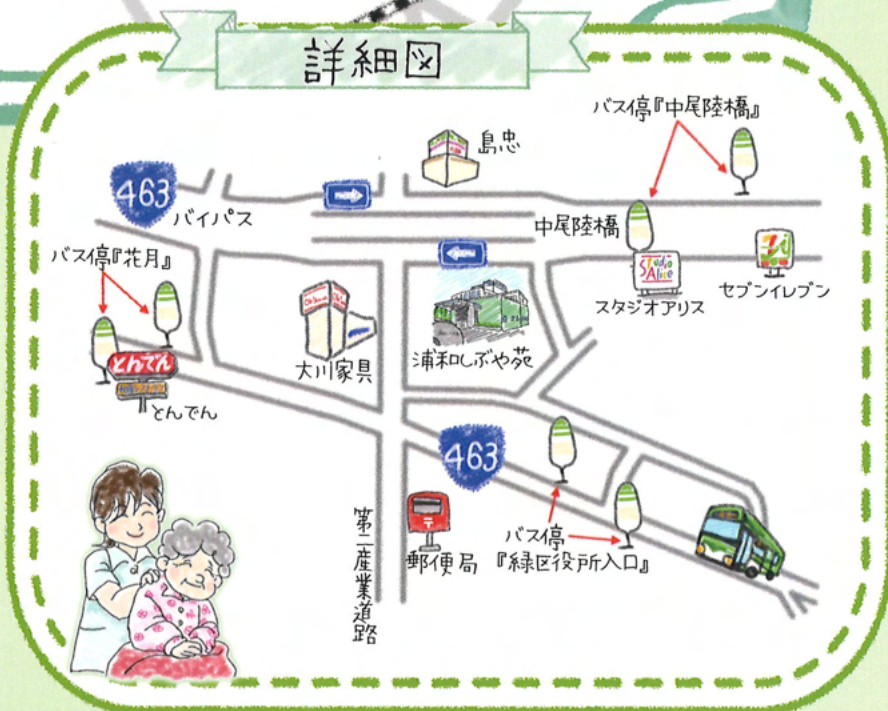
ご利用交通機関

JR浦和駅(東口)

- ◆花月・緑区役所方面行きバス
バス停「花月」または「緑区役所入口」
下車 徒歩7分
- ◆浦和美園駅西口行きバス
バス停「中尾陸橋」下車 徒歩4分

JR東浦和駅

- ◆浦和駅東口行きバス
バス停「緑区役所入口」下車 徒歩7分



施設案内

- 特別養護老人ホーム TEL 048-876-1811
- ショートステイ【空床利用型】
- 居宅介護支援事業所 TEL 048-876-2220
- 地域包括支援センター TEL 048-876-1770

お問い合わせ先、見学、相談

社会福祉法人 騏忠会 浦和しぶや苑

- 所在地 〒336-0932 埼玉県さいたま市緑区中尾 925
- TEL 048-876-1811 (代表)
- FAX 048-876-1821
- ホームページ 「浦和しぶや苑」で検索してください。



※「浦和しぶや苑」施設名由来
当法人理事長の先祖が「しぶや」という
屋号で、塗料や染料、防腐剤等に利用し
ていた柿渋の製造を生業としていたため

入所決定までの流れについて

□①入所の申し込み

ご家族様、または身元引受人様に御来苑いただきます。ご相談を伺いながら、申込書にご記入いただきます。（電話や郵送での入所申し込みはご遠慮ください。）

※御来苑の際は、ご家族様の認印、入所希望者（ご本人）様の介護保険証、介護保険負担割合証のコピーをご持参ください。

□②申込書とご相談内容を入所判定会議へ提出いたします。

※入所判定会議とは、入所希望者（ご本人）様の緊急・必要度を判定する会議です。苑内にて、月に一度開催されます。

※緊急・必要度は、点数表を用いて判定いたします。

□③入所定員に空きがでましたら、緊急・必要性の高い入所希望者（ご本人）様から入所のお声がけをいたします。

※居室の状況に即してお声がけいたします。

□④入所判定会議での結果は、電話または書面にてお答えしております。 必要な場合は、問い合わせ先までご連絡下さい。

□⑤入所判定会議での結果の種類は入居可（順番がつく）入居不可（医療的対応困難等）、保留（再検討）があります。予めご了承ください。

□★個人情報のお取り扱いについて

- ・当苑では、入所申込者及び関係者の方々の尊重を守り配慮する個人情報保護法の下、安全管理をしております。
- ・入所順位の検討や入所者の決定を行うための「入所検討委員会」において、お客様の情報を提供いたします。あらかじめご了承ください。
- ・入所の申し込みを取り下げられた時点をもって、個人情報を消去させていただきます。
- ・入所申し込み者及び関係者の同意を得ないで、必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

□★お願い

当苑入所をお待ちいただいている間に「介護度が変わった」など状況に変化があった場合は、連絡願います。再度入所判定会議に情報を提出し、緊急・必要度の検討を行います。

入所の必要がなくなった場合は、入所申込書の「取り下げ」を行いますので、必ずご連絡ください。

問い合わせ先

社会福祉法人騏忠会

特別養護老人ホーム浦和しぶや苑

〒336-0932 さいたま市緑区中尾 925

電話 048-876-1811

担当 生活サービス課 課長・新井

生活相談員・川俣

特別養護老人ホーム 浦和しぶや苑 入所基準表

要介護度	要介護3～5 (要介護1・2の方は特例の入所要件があります。)
------	--

医療行為など	経管栄養	×	
	胃ろう	×	
	IVH	×	
	尿バルーン	△	男性は要相談です
	膀胱瘻	○	
	人工肛門	○	
	在宅酸素	△	身体状況により判断いたします
	点滴	×	
	インシュリン	△	要相談です
	腎透析	×	
	褥瘡	△	外科的治療が必要な方のみ
感染症	B型肝炎	○	
	C型肝炎	○	
	疥癬	△	個室条件が必要となる場合あり
	MRSA	△	個室条件が必要となる場合あり
	結核	△	保健所の指示と相談の上
その他	各種精神疾患	△	専門医による治療の必要ない方

令和5年1月現在

(様式1)

特別養護老人ホーム入所申込書(その1)

申 込 日	令和 年 月 日
受 付 日	令和 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) 氏 名		本人との関係
ご連絡先	自宅・携帯 ()	

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・令和 年 月 日から 平成・令和 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・平	年	月 日 (歳)	
		同居区分	1 同居 自宅番号 携帯番号 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・平	年	月 日 (歳)	
		同居区分	1 同居 自宅番号 携帯番号 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。 令和 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・H 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：					
性格						
趣味 嗜好						
その他						
居室希望 : 1. 個室 2. 多床室 3. どちらでも						

※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

[illegible]

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	

診療情報提供書（入所）

ふりがな		性別	男・女	生年月日	M・T・S	
氏名					年 月 日生 (歳)	
住所			電話			
病名		発症日	既往歴			
病名及び治療の経過						
現在の処方内容		胸部X－P所見		心電図所見		
						
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		
身体 の 状 況	身長 cm・体重 kg	血圧 /	尿・蛋白(－・＋) 糖(－・＋) 潜血(－・＋)			
	視覚障害:無・有 ()	脈拍 回 (整・不整)	血液検査			
	聴覚障害:無・有 ()	アレルギー:無・有	白血球数		アルブミン	
	言語障害:無・有 ()	薬物 ()	赤血球数		GOT(AST)	
	麻 痺:無・有 ()	食物 ()	血色素量		GPT(ALT)	
	左片麻痺・右片麻痺	皮膚疾患:無・有	ヘマトクリット		r－GTP	
	四肢麻痺・下半身麻痺	病名 ()	MCV		HDL－c	
	四肢拘縮:無・有	疥癬:無・有	MCH		LDL－c	
	上肢 (右・左)	褥瘡:無・有	MCHC		中性脂肪	
	下肢 (右・左)	部位 ()	血小板数		尿素窒素	
	浮腫:無・有				クレアチニン	
					尿酸	
感 染 症	HBS抗原(－・＋) HCV抗体(－・＋) ワ氏反応(－・＋)				血糖	
					HbA1c	
令和 年 月 日						
所在地						
医療機関名 名称						
医師名						

* 特別養護老人ホーム利用判定のため、参考書類となります。もれなくご記入下さい。

* 胸部X線・心電図・血液検査・感染症に関わる検査結果を添付してください。

特別養護老人ホーム 浦和しぶや苑