

# 浦安市特別養護老人ホーム ショートステイのご案内

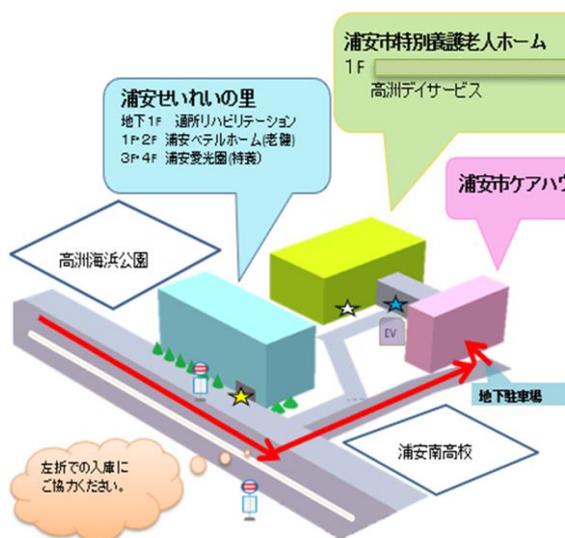
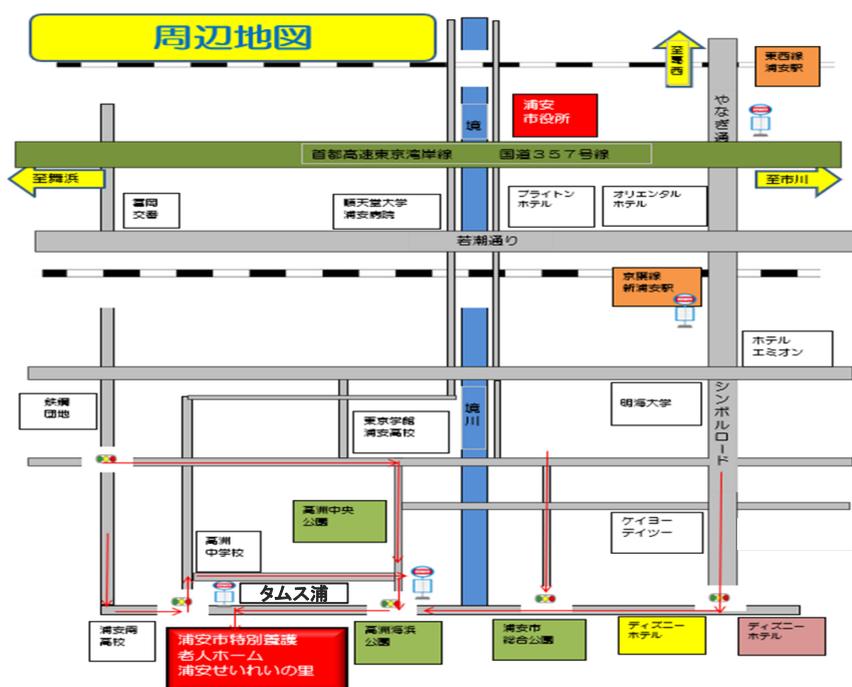


社会福祉法人 聖隷福祉事業団

電話番号:047-382-2943(代)

FAX番号:047-382-2436

JR京葉線『新浦安』駅より①19番系統 もしくは②お散歩バス じゅんかい線  
浦安南高校・特養ホーム下車



海側にある施設です。  
車でお越しの方は地下駐車場をご利用いただき、駐車場内のエレベーターまたは階段で1階玄関受付にて、ご利用の階とお名前をお伝えください。

2025.7.1更新

## 理念・運営方針

当施設では、以下の基本理念・運営方針の下、「個人の尊厳と人権を尊重し、ご利用者一人一人の自己実現に向けて、ご利用者本位の援助及び支援」を行います。

### 「基本理念」

“私たちは、地域（市民）とともに高齢者福祉に貢献する”

### 「運営方針」

- ・私たちは、一人ひとりを知り、その人らしい生活が続けられるよう支援します
- ・私たちは、ご利用者・ご家族（関わりのある方々）の思いを理解し、実現に向けて共に支援します
- ・私たちは、その人らしい最期の時をご家族（関わりのある方々）と共に支援します
- ・私たちは、職員一人ひとりが専門性を高め、人として成長するために常に研鑽します
- ・私たちは、一人ひとりが地域の社会資源として自覚し役割を果たします

## ショートステイについて

ショートステイは介護保険法に基づき

要介護・要支援の認定をお持ちの方が、短期間施設に入所し日常生活のサポートを受ける事ができるサービスです。入浴、排せつ、食事の介助のお手伝いをいたします。

ショートステイのご利用の際は、契約が必要です。

契約時には、「契約書」・「重要事項説明書」・「料金表」・「個人情報取扱説明書」などの手続きを行います。

## 目次

1. 予約について
2. 施設の体制について
3. 緊急連絡先について
4. 施設の概要
5. 料金について
6. サービス内容
7. 予約連絡票
8. ご利用前のご様子の確認について
9. お荷物のご案内
10. その他 外部サービス

## 1. 予約について

担当ケアマネジャーへご希望日程をお知らせいただき、空き状況によりご案内をさせていただきます。予約日程が確定しましたら、半月前にショートステイ予約確認票、もしくはお電話にて日時と送迎時間をお知らせさせていただきます。

ご予約の受付は

要介護認定をお持ちの方は、ご利用希望の**4か月前**より

要支援認定をお持ちの方は、ご利用希望の**2か月前**より可能です。

## 2. 施設の体制について

介護職員・看護師が日常の様子確認や健康管理を行います。

医師は常駐しておらず、看護師は8～19時在・夜間は宅直となり夜勤者より連絡があった際に、対応を行います。急な体調不良や、転倒等による受傷などでの受診が必要な際に病院までの送迎・体調不良で帰宅の送迎の手配はご家族様でお願いをしています。

【注意点】 下記の場合はご利用いただけません

- ご利用中・入所前日37.5度以上の発熱がある場合
- 食事・水分が進まない等、状態が安定しない方
- 37.0度以上の発熱の際はその他の症状を確認の上、居室内での対応を行い症状が悪化・継続する場合は、医療機関への受診をお願いします



## 3. 緊急連絡先について

ご利用時には、対応可能な方の連絡先をお知らせいただいております。

施設から連絡がありましたら、折り返しをお願いします。

☎ **047(382)2943 浦安市特別養護老人ホーム 代表**

↑この番号から連絡を行いますので、登録をお願いします。

【救急搬送の際には】

ご利用前の面談にてご希望される医療機関を確認させていただきます。

搬送先は病状による受け入れ可否の判断がございますので、ご希望の医療機関に搬送されない場合もございます。あらかじめご了承ください。

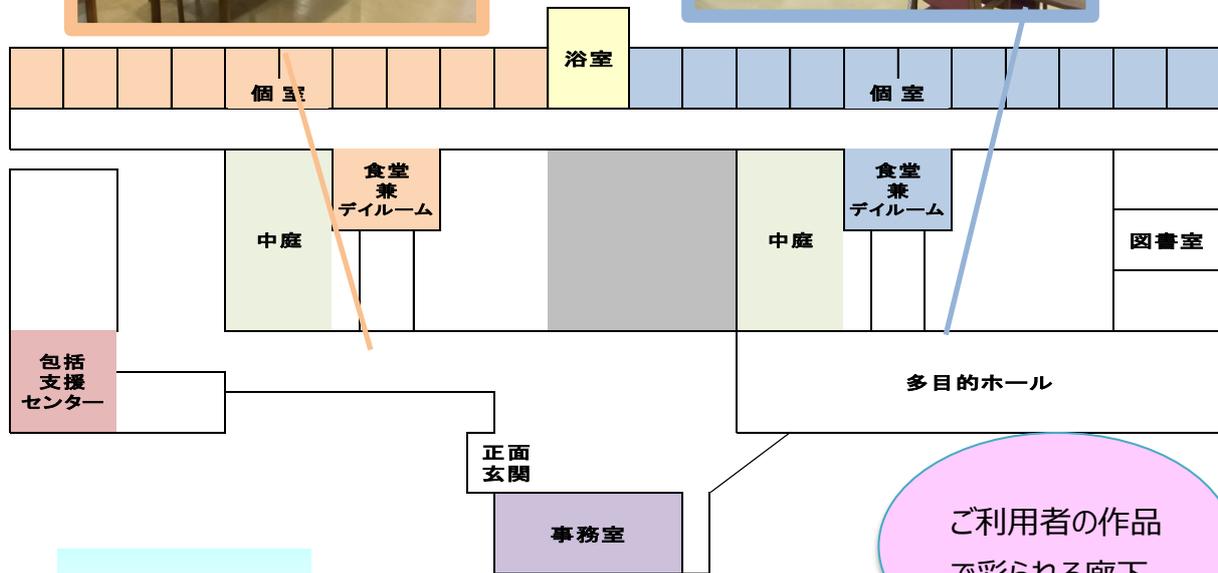
救急車を要請した際はすぐにご家族へ連絡いたします。

## 4.施設の概要

浦安市特別養護老人ホームは浦安市高洲にある施設です。1階20床・3階30床短期のお泊りサービス（ショートステイ）を提供しています。フロアにより料金と特性が異なります。ご本人の様子にあわせて相談を行いながら受入れを行っています。

### 1階ユニット型ショートステイ

1日の定員20名のユニット型で、1ユニット10人に1つの広間を用意しています。食堂からお部屋の距離が近く、廊下が一直線で見渡すことができるのでご利用者と職員の距離が近く、目が行き届きやすいことが特徴です。



お部屋の様子



ご利用者の作品  
で彩られる廊下



テレビは希望の方に  
1日100円で貸し  
出しを行います





## 5.料金について

- ・ お食事1日分（1,800円） ※限度額が適用になる方は認定証の金額
- ・ 介護サービス費が含まれた基本料金のお値段です

### 1階ユニット型の利用料金（料金早見表）

#### ●個室 お部屋代（2,066円）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1段階	1,856円	2,012円	2,087円	2,170円	2,263円	2,351円	2,436円
第2段階	2,156円	2,312円	2,387円	2,470円	2,563円	2,651円	2,736円
第3段階①	3,046円	3,202円	3,277円	3,360円	3,453円	3,541円	3,626円
第3段階②	3,346円	3,502円	3,577円	3,660円	3,753円	3,841円	3,926円
第4段階1割	4,542円	4,698円	4,773円	4,856円	4,949円	5,037円	5,122円
第4段階2割	5,218円	5,530円	5,679円	5,846円	6,032円	6,208円	6,377円
第4段階3割	5,894円	6,362円	6,586円	6,836円	7,115円	7,379円	7,632円

### 3階従来型の利用料金（料金早見表）

#### ●個室 お部屋代（1,231円）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1段階	1,260円	1,395円	1,468円	1,553円	1,643円	1,730円	1,815円
第2段階	1,660円	1,795円	1,868円	1,953円	2,043円	2,130円	2,215円
第3段階①	2,460円	2,595円	2,668円	2,753円	2,843円	2,930円	3,015円
第3段階②	2,760円	2,895円	2,968円	3,053円	3,143円	3,230円	3,315円
第4段階1割	3,611円	3,746円	3,819円	3,904円	3,994円	4,081円	4,166円
第4段階2割	4,190円	4,461円	4,606円	4,777円	4,957円	5,130円	5,301円
第4段階3割	4,770円	5,176円	5,393円	5,650円	5,920円	6,180円	6,436円

#### ●多床室 お部屋代（915円）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1段階	880円	1,015円	1,088円	1,173円	1,263円	1,350円	1,435円
第2段階	1,610円	1,745円	1,818円	1,903円	1,993円	2,080円	2,165円
第3段階①	2,010円	2,145円	2,218円	2,303円	2,393円	2,480円	2,565円
第3段階②	2,310円	2,445円	2,518円	2,603円	2,693円	2,780円	2,865円
第4段階1割	3,295円	3,430円	3,503円	3,588円	3,678円	3,765円	3,850円
第4段階2割	3,874円	4,145円	4,290円	4,461円	4,641円	4,814円	4,985円
第4段階3割	4,454円	4,860円	5,077円	5,334円	5,604円	5,864円	6,120円

## お支払いについて

契約時に引き落とし口座の書類にご記入いただきます。

- \* 利用料金の請求書 → 利用月の翌月 15日郵送
- \* 引き落とし → 利用の翌月 27日
- \* 領収書 → 引き落とし確認後の翌月 15日郵送

となりますのでご確認ください。

## キャンセルについて

利用予定日**2日前の17時**までにご連絡をいただければキャンセル代は発生しません。

(例：8月3日のご予約であれば8月1日17時まで)

ただし、上記以降のキャンセルのご連絡の際には、

**初日の予定食数分の食費と滞在費（おやつご希望の方はおやつ代）のキャンセル料が発生**

しますのでご了承ください。

(例：通常のお迎えで利用の場合は昼・夜の2食分1340円+利用フロアのお部屋代金+おやつ代)

	1食召し上がった場合	2食召し上がった場合	3食召し上がった場合	+	おやつ代
単価	1食目 830円	2食目 510円	3食目 460円		100円
合計額	830円	1,340円	1,800円		

## 保険証類

**介護保険証・割合証の更新の際には、コピーの提出をお願いします。原本は貴重品の為、お持ちいただかないようお願いします。**

## 介護保険負担限度額認定証

**非課税で単独世帯の方が対象です。対象の方は市役所の介護保険課に申請し認定証のコピーを施設に提示することで適用となります**

## 6.サービス内容

介護支援専門員（ケアマネジャー）作成のケアプランを元に、ショートステイのケアプランを作成し

食事の提供・入浴・排泄・健康管理・その他自立への支援を行います。

### 一日のスケジュール

お食事は食堂で、それ以外の時間はそれぞれのペースで生活いただき、  
ご様子に合わせたお手伝いをいたします



●7:30~9:30『朝食』 食事の時間には職員がお声掛け・誘導を行います。  
ご本人のペースに合わせて提供します

●12:00~14:00『昼食』 入浴 9:00~11:30  
14:00~16:00

午前・午後に体操などを行います。参加は自由です。

職員がお声掛けを行います。お部屋で過ごすこともできます。



●15:00 おやつ ご希望の方にはおやつ（1日100円）を提供します

●18:00~20:00『夕食』



『就寝』1時間ごとに安否確認の巡視を行います

## お食事

ご利用者の身体の状況に考慮した食事を提供します。

時間にあわせて食堂にて皆さんと一緒に食事を提供いたします。

食事以外には10時にお茶・15時にお茶とおやつの時間を設けています。

おやつはご希望により1日100円で提供しています。

(契約時に希望を伺います)

共用の冷蔵庫がありますので自宅からのお持ち込みも可能です。(持ち込み不可：お餅類やのり製品、生もの、生卵)



お食事される方の状態に合わせて(義歯の有無等)食事の内容をお粥に変更したりおかずを食べやすいサイズにするお手伝いが可能です。



## 内服管理

ご家族がご本人にお渡しして内服している場合は、施設でお預かりし管理を行います。

(ご本人で管理されている場合は、環境も変わる為内服が出来ているかの確認を行います)間違いなく管理を行えるよう、準備をお願いします。

内服薬は1回分づつに分けて①～③を1袋ごとにご記入ください。

①お名前 (フルネーム)

②内服するタイミング (起床時、朝食前、朝食後など)

③内服する日付と曜日



## 入浴

ご利用者の状況にあわせて、入浴を週2回行います。1泊2日からも利用可能です。利用期間により決定し、利用時に入浴日をお伝えいたします。

(例：1泊2日～4泊5日までは利用期間中1回、5泊6日より週2回)

血圧が高い時などは、看護師の判断のもと『清しき』や『シャワー浴』で清潔を保ちます。



1階はご自宅のお風呂と同じような環境で入浴できる「個浴」

座ったまま入浴できる「リフト浴」寝たまま入れる「機械浴」の3種類

3階は「個浴」と「機械浴」の2種類がありますご利用される方の身体状況に応じて適切な方法で入浴できるようお手伝いさせていただきます。

## 着替え・洗濯

着替えは生活にあわせてお手伝いを行います。

入浴時と洗い替え用に下着や上衣類をあわせて2組ほど持参をお願いしています。

洗濯も可能です。お預かりして、施設の洗濯室にて業務用の洗濯機・乾燥機を使用します。

●ウール素材やおしゃれ着についてはそのまま返却いたします。

縮まない素材の衣類をご用意ください。

●退所日2日前からの洗濯は間に合いません。

そのままご返却となりますので、ご承知置きください。

## 送迎

施設送迎を希望される場合は自宅玄関までお伺いします。

乗車前にはマスクの着用をお願いします。

送迎時間は、入居は午前中・退居は午後です。

出発前に指定の連絡先に連絡を行います。

\*ご家族対応で、10時から16時の間で施設まで送迎していただくことも可能です。



## 7. 予約連絡票

半月前を目安にご自宅に送付いたします。日程と利用居室、施設出発の時間をご確認ください。

例

### ショートステイ予約確認のお知らせ

ご利用者	〇〇 〇〇 様
ご利用期間	9月4日(水)～9月7日(土)
ご利用居室	ユニット型個室(1階)
入所送迎時間	9:40～10:50 自宅着
退所送迎時間	14:10～15:15 自宅着

★到着のお時間について

当日自宅に到着する目安のお時間は、当日の送迎担当者からご連絡させていただきます。運行状況等により多少前後することがございますのでご了承ください。

お自宅に到着の時間です。当日出発の際に、到着目安時間の電話連絡を順番に行います。

## 8. ご利用前のご様子の確認について

利用前にご利用者・ご家族に発熱や風邪症状、食事量の低下などの体調不良がある場合は、ご利用いただけません。お迎えの際に利用をお断りする場合があります。事前に施設にご連絡をお願いします。

無理をしてのご利用は、ご利用者の体調悪化や他のご利用者への感染拡大の恐れもあります。高齢の方が利用される施設となりますので、皆様のご理解ご協力をお願いいたします。

### 家族連絡表（記入について）

ご利用当日に記入の上、職員にお渡してください。

利用の退所時に次回分の用紙をお渡しします。変更があった点を記入ください。

安全に利用していただくにあたり、ご自宅での様子を伝えていただくことが何より重要です。ご協力をお願いいたします。

ご利用当日に記入の上、職員にお渡しください。

3日前からの体温、かぜ症状の有無、最終排便日の確認を行います。

また、遠出の外出などで緊急連絡先の変更がありましたらお知らせください。

※乗車前体温は送迎職員が測定します。↓

浦安市特別養護老人ホームショートステイ家族連絡表		乗車前体温 . °C
氏名:	様	入所日 年 月 日 ~ 退所日 月 日
①本日の体温を教えてください。		. °C
②最後にお通じが出た日を教えてください。		月 日
③ご滞在中お通じが出ない時にのむ追加のお薬、のむタイミングをご記入ください。		
( 日)お通じが出なかったら( )を(朝・昼・夕・寝る前)に(出るまで・日目まで)のむ		
( 日)お通じが出なかったら( )を(朝・昼・夕・寝る前)に(出るまで・日目まで)のむ		
④3日以内に発熱や咳、下痢など気になる体調の変化はありますか? ある ・ ない		
体調の変化がある場合は具体的な症状をご記入ください。		
⑤同居されているご家族で3日以内に体調不良の方はいますか? ある ・ ない		
発熱や風邪症状、嘔吐や下痢等があれば具体的な症状を教えてください。		
⑥1か月以内に転倒や転落などはありましたか? ある ・ ない		
ある場合、その時の様子や怪我の有無を教えてください。傷の対応がある場合は裏面⑫にご記入ください。		
いつ( ) 怪我の有無(有・無) 受診していますか?(している・していない)		
何がありましたか? 傷の対応がある場合は 裏面⑫にご記入ください。		
⑦ショートステイ利用中に、受診や外出の予定はありますか? ある ・ ない		
ある場合、いつ( ) お迎え時間( ) お迎え前の食事摂取(可・不可)		
注意点		
⑧ショートステイご利用中にご家族が旅行・帰省・出張などに出かけることはありますか? ある ・ ない		
ある場合、緊急時にすぐに対応できる方を決めておいてください。その方の連絡先をご記入ください。		
期間( ) 対応者( ) 続柄( ) 連絡先( )		
⑨お薬の説明書やお薬手帳はお荷物に入っていますか? ある ・ ない		
自己管理の方も全員、看護師が一度持参のお薬(目薬、塗布薬も含め)全ての確認を行っています。		
必ずお持ちくださるようお願いいたします。処方と違う方法で薬を使用している場合は下記⑩にご記入ください。		
⑩お薬の変更はありますか? ある ・ ない		
ある場合、内容を教えてください。		
変更日( / ) 理由( )		
変更点、注意すること		
※裏面の記入もお願いします		



ご利用当日に記入の上、職員にお渡しください。

3日前からの体温、かぜ症状の有無、最終排便日の確認を行います。

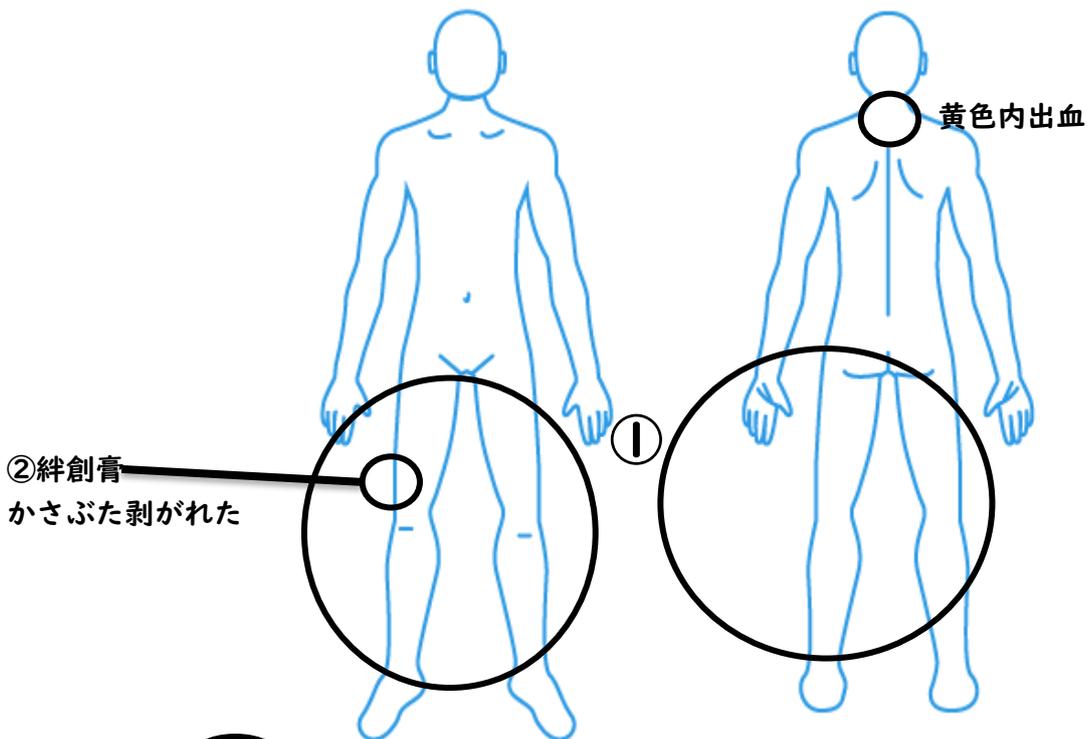
また、遠出の外出などで緊急連絡先の変更がありましたらお知らせください。

※乗車前体温は送迎職員が測定します。↓

浦安市特別養護老人ホームショートステイ家族連絡表		乗車前体温 . °C
氏名: <b>浦安 太郎</b> 様	入所日 2025年 6月 18日 ~	退所日 6月 24日
①本日の体温を教えてください。	36.2 °C	
②最後にお通じが出た日を教えてください。	6月 15日	
③ご滞在中お通じが出ない時にのむ追加のお薬、のむタイミングをご記入ください。 (3日)お通じが出なかったら(ヒコルファート5滴)を(朝・昼・ <b>夕</b> ・寝る前)に(出るまで・4日目まで)のむ (5日)お通じが出なかったら(レシカルボン座薬)を(朝・昼・ <b>夕</b> ・寝る前)に(出るまで・日目まで)のむ		
④3日以内に発熱や咳、下痢など気になる体調の変化はありますか？ 体調の変化がある場合は具体的な症状をご記入ください。	ある	<input checked="" type="radio"/> <b>ない</b>
⑤同居されているご家族で3日以内に体調不良の方はいますか？ 発熱や風邪症状、嘔吐や下痢等があれば具体的な症状を教えてください。 孫が鼻水出ている。	<input checked="" type="radio"/> <b>ある</b>	ない
⑥1か月以内に転倒や転落などはありましたか？ ある場合、その時の様子や怪我の有無を教えてください。傷の対応がある場合は裏面⑫にご記入ください。 いつ(6/1) 怪我の有無( <input checked="" type="radio"/> <b>有</b> ・無) 受診していますか？( <input checked="" type="radio"/> <b>している</b> ・していない) 何がありましたか？ 傷の対応がある場合は裏面⑫にご記入ください。 夜、トイレに行こうとしてベッドから落ちて尻もちをついた。 その時は痛がっていたが朝には何も言わなくなった	<input checked="" type="radio"/> <b>ある</b>	ない
⑦ショートステイ利用中に、受診や外出の予定はありますか？ ある場合、いつ(6/20) お迎え時間(8時) お迎え前の食事摂取(可・不可) 注意点 健康診断。採血あるので前日21時から絶飲食。水は飲んでもいい。 娘、美沙子が迎えに行きます。	<input checked="" type="radio"/> <b>ある</b>	ない
⑧ショートステイご利用中にご家族が旅行・帰省・出張などに出かけることはありますか？ ある場合、緊急時に対処できる方を決めておいてください。その方の連絡先をご記入ください。 期間(6/21~6/22) 対応者(浦安 あさこ) 続柄(次女) 連絡先(090-1234-5678)	<input checked="" type="radio"/> <b>ある</b>	ない
⑨お薬の説明書やお薬手帳はお荷物に入っていますか？ 自己管理の方も全員、看護師が一度持参のお薬(目薬、塗布薬も含め)全ての確認を行っています。 必ずお持ちくださるようお願いいたします。処方と違う方法で薬を使用している場合は下記⑩にご記入ください。	<input checked="" type="radio"/> <b>ある</b>	ない
⑩お薬の変更はありますか？ ある場合、内容を教えてください。 変更日(5/25) 理由(血圧の数値が安定しているからのまないで様子をみましょう) 変更点、注意すること ・スピロラクトン錠が無くなりました。朝の薬が4錠から3錠になっています。 ・漢方は食後に飲んでます。	<input checked="" type="radio"/> <b>ある</b>	ない
※裏面の記入もお願いします		

痛み・軟膏などに関すること

(1)皮膚のかゆみ、傷、床ずれ、水虫、内出血はありますか？ **ある** ・ ない  
 ある場合、人体図に『痛む場所』、『湿布を貼る場所』、『軟膏を塗る場所(軟膏の名前)』を記載してください。また、処置が必要な場合は方法をご記入の上、必要物品をご持参ください。



- ① **軟膏** ・ 湿布 (○をお願いします)  
 薬品名 **ヘパリン**  
 いつ頃 起床時・朝・昼・夕・**就寝前**・希望時・入浴時(○をお願いします)  
 塗布部 (人体部に○と番号①をご記入下さい)
- ② **軟膏** ・ 湿布 (○をお願いします)  
 薬品名 ( **ゲンタシンと絆創膏** )  
 いつ頃 起床時・朝・昼・夕・就寝前・希望時・**入浴時**(○をお願いします)  
 塗布部 (人体部に○と番号②をご記入下さい)
- ③ 軟膏 ・ 湿布 (○をお願いします)  
 薬品名 ( )  
 いつ頃 起床時・朝・昼・夕・就寝前・希望時・入浴時(○をお願いします)  
 塗布部 (人体部に○と番号③をご記入下さい)

(12)自宅でいつもと変わってきている事(お食事の様子や歩行の様子、最近受診をして変わった事等)利用中に気にして欲しい事などがありましたらご記入ください。

- ・ 最近、トイレに行かなくなり失禁することが増えました。パンツの交換が必要です。
- ・ ご飯を食べ始めるまで時間がかかります。食べ始めれば自分で全て食べます。
- ・ お茶を最近のみません。水は飲むので水を出してあげてください。

\* 持参品**全て**に名前の記入を忘れずをお願い致します。  
 \* 現金貴重品をご持参はご遠慮ください。持参される場合は、自己管理でお願いします。

## 9.お荷物のご案内

下記を参考にお荷物をご準備下さい

- 薬を日数分 (現在内服している薬)  
※ 8 ページの内服管理をご参照ください
- 目薬、外用薬、保湿剤、頓服薬など内服薬以外で必要なお薬
- お薬情報(薬局でいただく薬の説明書) や、お薬手帳
- 家族連絡表
- マスク (利用日数分)
- 衣類 (着ているものを含めて3組程度)
- ティッシュ、プラスチック製のコップ、歯ブラシ、歯磨き粉、くし、電気髭剃り(男性)
- 義歯、義歯ケース、義歯洗浄剤 (利用日数分)
- 杖、車椅子、歩行器、装具など移動の時使用する物
- その他、生活に必要な物 (補聴器、眼鏡、とろみ粉、自助具など)



◎履きなれた靴、またはリハビリシューズを履いてご来園ください。

内履きはご用意頂かなくて大丈夫です。

◎スリッパ・サンダルは転倒の危険がありますのでお持ちにならないでください。

### 持ち物についての注意点

- ①持ち物すべてにお名前をご記入ください。  
(同姓の方もいらっしゃいますのでフルネームでお願い致します)
- ②貴重品(携帯電話、鍵、お財布、保険証等)は自己管理です。  
紛失時の責任は負いかねます。
- ③上記に記載した内容以外のお持ち込みはお控え下さい。
- ④タオル類・紙オムツ・パッドは施設でご用意があります。

## 10.その他 外部サービス

毎月第1・2水曜日に訪問美容ディチャームにてヘアカットを行っています。

施行日に滞在中の方のみとなります。カット・顔そり・パーマ・カラー等が施設内でご利用可能です。

\*利用は事前に手続きが必要ですので希望の方は相談員までお申し出ください。

・感染症の拡大時期は、面会・外出・見学・理美容を中止する場合があります

・面会は平日、土日祝日ともに10時～12時・13時半～16時で可能です。

・利用中や面会時はマスクの着用をお願いします。

