

すきっぷ

みどり苑 会報 平成31年・新年号

〒811-3127

古賀市新原840番地

北九州病院グループ

社会福祉法人 敬愛会

(TEL:092-942-6000)



平成三十一年 新年のご挨拶

理事長 末松 正幸
施設長 吉居 秀敏
事務長 井手 正

明けましておめでとうございます。

新年を迎え皆様のご健康とご多幸をお祈り申し上げます。

昨年は9月に「特別養護老人ホームみどり苑宗像(ショートステイ含め60床)」開設1周年を無事迎えることができました。これもひとえに皆様のご支援の賜物と深謝申し上げます。

本年はサービスの質の向上に一層努めますとともに、4月より順次施行される「働き方改革関連法(多様な働き方を選択できるような社会を目指して作られた法律)」の取組みを迅速に進めてまいります。

本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

みどり苑宗像 施設長 白尾智穂美

明けましておめでとうございます。

平成29年9月の開設後、入居者様に日々の生活を安心して楽しんでいただけるよう、行事の企画や、地域の方々との関わりなど、様々な取り組みを行ってまいりました。今後も入居者様により良いサービス提供が出来るよう努力してまいります。

本年もどうぞよろしくお願いたします。

特養主任 新本 瑞穂
ユニット主任 三輪 誠二

明けましておめでとうございます。

御家族様には、日頃より御理解と御協力頂き大変感謝致しております。スタッフ一同、安心・安全な環境作りを目指し日々努力して参りますので本年も宜しくお願致します。

みどり苑ケアプランステーション 管理者 大久保康裕

明けましておめでとうございます。

今年一年も皆様方の陰の力となり頑張っておりますのでよろしくお願い申し上げます。

みどり苑デイサービスセンター 管理者 長谷 和彦

明けましておめでとうございます。

本年は皆様もご存じの通り、5月に元号が新しく変わることとなりました。

その変化の年となる中、デイサービスとして世間の変化に目を向け、皆様にとって良いことを新しく取り入れ、快適に日々過ごせる様、職員一同、安全で安心できるサービスを皆様に提供できるように取り組んでまいります。

どうぞ皆様、本年もみどり苑デイサービスセンターをよろしくお願い申し上げます。



みどり苑宗像



みどり苑古賀



特 養



特養では秋に運動会を行いました。
お菓子拵み競争や押し相撲等を行い、最後は全員で炭坑節を歌って踊りました。
皆様楽しそうにされていました。
今年も一つ一つの行事を楽しみながら過ごせていけたらと思います。

ユ ニ ッ ト



10月26日(金)かすやドームにて
北部運動会があり、参加しました。
的当てゲーム等に出場され楽しまれ
見事に優勝を勝ち取りました!!



宗像 (ユニット)

みどり苑宗像もお蔭様で
2回目の冬を迎える事ができました。



9月
敬老会



11月
(宗像大社)
菊花展



10月
運動会

今後も入居者様達と一緒に
たくさんの思い出を
作って行きたいと思います。

ケアハウス



入居者の皆様と作った干し柿と花壇

明けましておめでとございます。
今年も皆様にとって幸多い年で
ありますように心からお祈りいた
します。
入居者の方々にはケアハウスの
行事に自由に参加していただいで
いますが、これからも楽しい企画
を考えて、入居者の方々の生活が
少しでも楽しいものになるよう努
めてまいります。

生活相談員 柳田 一枝

みどり苑デイサービスセンター

今回はデイサービス内で行っているリハビリの一部をご紹介します。



機能訓練指導員による平行棒を使用した、歩行訓練や立位訓練を実施しています。

3台のマシンを使用し足の各部位の機能向上、維持を実施しています。



直接的に関節の訓練を実施して、いつまでも食事がご自身でとれるようにリハビリを提供しています。

マイクロ波治療器を使用し、日常生活を無理なく行えるように痛みを緩和しています。



みどり苑ケアプランステーション

介護保険のしくみ

介護保険被保険者証についてお知らせいたします。

65歳以上の方、40歳以上で介護保険の認定を受けられている方に介護保険被保険者証が住所がある市町村より交付されます。その記載内容について説明いたします。

(一)		(二)		(三)																																																
<table border="1"> <tr><td colspan="2">介護保険被保険者証</td></tr> <tr><td>番号</td><td>00 000</td></tr> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>フリガナ</td><td></td></tr> <tr><td>氏名</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日</td><td>昭和 年 月 日</td></tr> <tr><td>性別</td><td>男</td></tr> <tr><td>交付年月日</td><td>平成 年 月 日</td></tr> <tr><td>保険者番号並びに保険者の名称及び印</td><td>40 000 福岡県 市</td></tr> </table>		介護保険被保険者証		番号	00 000	住所		フリガナ		氏名		生年月日	昭和 年 月 日	性別	男	交付年月日	平成 年 月 日	保険者番号並びに保険者の名称及び印	40 000 福岡県 市	<table border="1"> <tr><td>要介護状態区分等</td><td>要介護 2</td></tr> <tr><td>認定年月日 <small>(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</small></td><td>平成●●年●月●日</td></tr> <tr><td>① 認定の有効期間</td><td>平成●●年●月●日～ 平成●●年●月●日</td></tr> <tr><td>② 居宅サービス等</td><td>区分支給限度基準額 平成●●年●月●日～ 平成●●年●月●日 1月当たり ●●●単位</td></tr> <tr><td>認定審査会の意見及びサービスの種類の指定</td><td></td></tr> </table>		要介護状態区分等	要介護 2	認定年月日 <small>(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</small>	平成●●年●月●日	① 認定の有効期間	平成●●年●月●日～ 平成●●年●月●日	② 居宅サービス等	区分支給限度基準額 平成●●年●月●日～ 平成●●年●月●日 1月当たり ●●●単位	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		<table border="1"> <tr><td rowspan="2">③ 給付制限</td><td>内容</td><td>期間</td></tr> <tr><td>開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日</td><td></td></tr> <tr><td rowspan="2">④ 給付制限</td><td>ケアプランステーション</td><td>届出年月日 平成●●年●月●日</td></tr> <tr><td>居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称</td><td>届出年月日</td></tr> <tr><td rowspan="4">介護保険施設等</td><td>種類</td><td>入所等年月日</td></tr> <tr><td>名称</td><td>退所等年月日</td></tr> <tr><td>種類</td><td>入所等年月日</td></tr> <tr><td>名称</td><td>退所等年月日</td></tr> </table>		③ 給付制限	内容	期間	開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日		④ 給付制限	ケアプランステーション	届出年月日 平成●●年●月●日	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日	介護保険施設等	種類	入所等年月日	名称	退所等年月日	種類	入所等年月日	名称	退所等年月日
介護保険被保険者証																																																				
番号	00 000																																																			
住所																																																				
フリガナ																																																				
氏名																																																				
生年月日	昭和 年 月 日																																																			
性別	男																																																			
交付年月日	平成 年 月 日																																																			
保険者番号並びに保険者の名称及び印	40 000 福岡県 市																																																			
要介護状態区分等	要介護 2																																																			
認定年月日 <small>(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</small>	平成●●年●月●日																																																			
① 認定の有効期間	平成●●年●月●日～ 平成●●年●月●日																																																			
② 居宅サービス等	区分支給限度基準額 平成●●年●月●日～ 平成●●年●月●日 1月当たり ●●●単位																																																			
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定																																																				
③ 給付制限	内容	期間																																																		
	開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日																																																			
④ 給付制限	ケアプランステーション	届出年月日 平成●●年●月●日																																																		
	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日																																																		
介護保険施設等	種類	入所等年月日																																																		
	名称	退所等年月日																																																		
	種類	入所等年月日																																																		
	名称	退所等年月日																																																		

- ① 要介護認定の有効期間が記載されています(開始日は申請した日付)。期限が切れると介護サービスを利用出来なくなりますのでご注意ください。
- ② 1カ月に利用出来る介護サービスの単位数が記載されています。利用者負担は1割～3割です。
- ③ 介護保険料の未納が続いている場合に利用者負担が上がり何割負担となるかが記載されます。介護サービスを利用する際、負担金額が上がりますのでご注意ください。
- ④ 介護サービス計画書を作成する事業所名が記載されます。