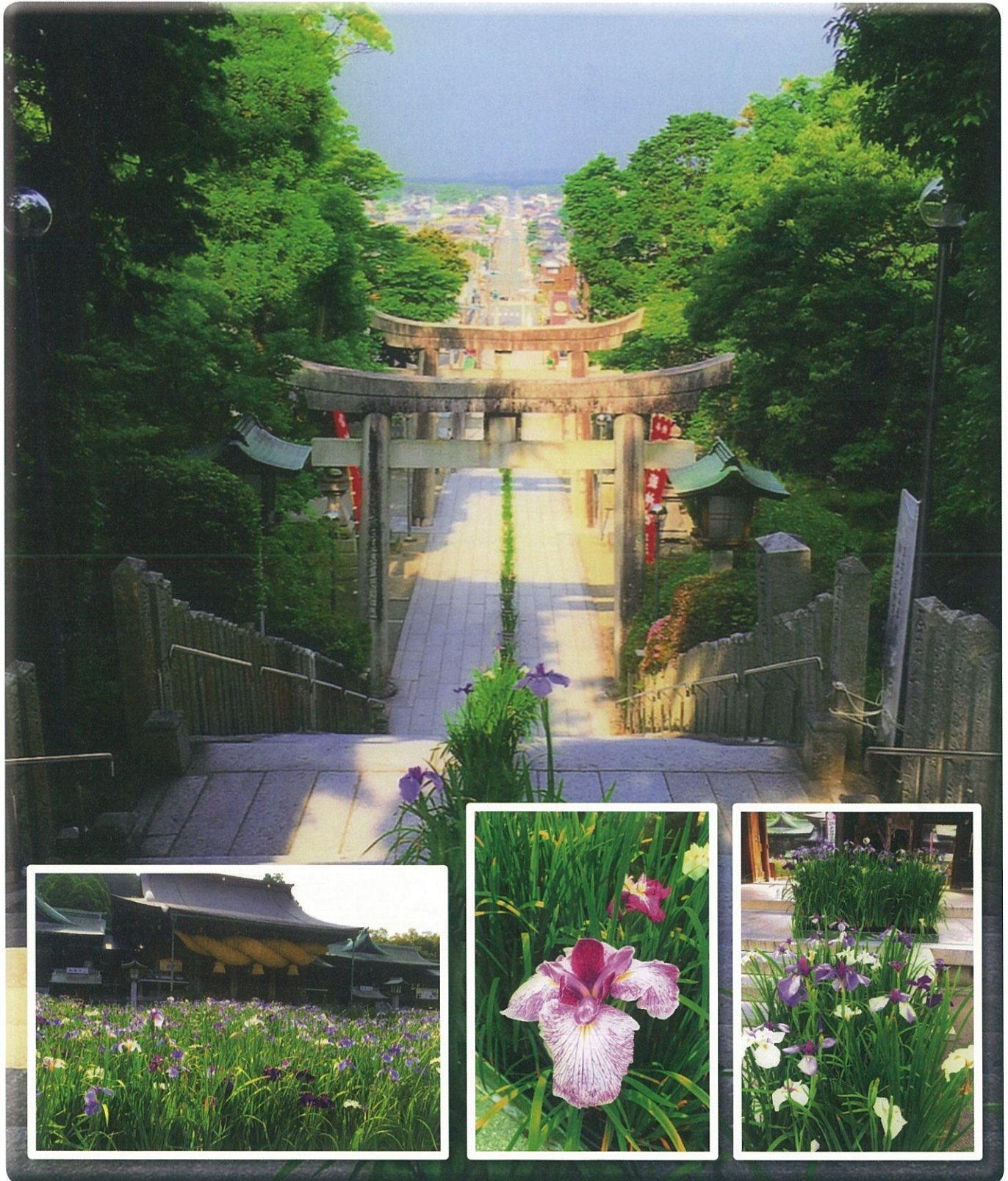


# すきっぷ

みどり苑 会報  
平成29年度・夏号



## みどり苑デイサービスセンター

皆様の周りにもデイサービスってなんだろう？どんなところだろう？と思われる方もいらっしゃるかと思います。

そこで簡単にデイサービスを説明させていただきますので、宜しければご覧ください。

### サービスの目的

「ご利用者が介護を必要になった場合でも可能な限り自宅で生活出来る様にサービスを提供します。」

### 例えば…

- 自宅では入浴ができなくなったり、トイレまでの移動や行為自体が難しくなる場合があります。そこで、デイサービスにて入浴を介助したり、トイレまでご案内したりして、ご利用者が安心して清潔な生活ができるよう支援します。
- 自宅ではなかなか出来ないリハビリを専門の職員が計画し、提供することにより状態の改善や悪化を防ぎながら自宅での生活を続けられるようにします。
- 家庭での介護の悩みや相談等を受け、日常生活が営めるように助言、支援します。

### サービス内容

#### 個別計画の作成

個人にあった介護の計画を作成し、計画のもとにサービスを提供します。

#### 機能訓練（レクリエーションを含む）

機能訓練（リハビリ）やレクリエーションを提供し、心身共に安定した状態を維持、向上を期待します。

#### 健康状態の確認

看護師が常駐しており、血圧や体温を測定し、身体状況や既往歴を考慮しながら家族やケアマネジャーと相談し、健康管理を行います。

#### 入浴（選択）

3種類の浴槽を準備しており、自宅環境や身体の状態に合わせ、自宅で入浴できない場合でも介護し、入浴を提供します。

#### 食 事

デイサービスの隣にある厨房にて作られる為、ご飯をお粥にしたり、食事の量を調整したり、減塩食を提供したりできます。

#### 送 迎

自宅まで車で送迎を行いますので安心してご利用できます。また、車椅子の方でもそのまま乗れるリフト付き車両も準備しております。

#### 相談援助

自宅で困っている事や相談したいことを受け、助言や関係機関の紹介、調整を行うことで生活を続けられるように支援します。

#### よく分からない事や、質問がある場合には…

下記までご連絡ください。

## みどり苑デイサービスセンター

TEL 092-942-0200（直通）

担当者：長谷（はせ）

## ～ 特 養 ～

4月・5月は天気も良く、苑の周りの散歩、ドライブとグループに分かれて行うことができました。ツツジ、菖蒲の花を愛でたりおしゃべりをしながら、スタッフも一緒にリフレッシュしました。

みどり苑のそばに咲いている花に、ご入居者の方々の顔にも笑顔が見られました。



きれいに撮って  
くださいね♡



花より私達の方が  
キレイでしょ！



5月31日、豚汁を作りました。  
包丁、ピーラーで大根、ニンジン  
を切ったり皮むきをしたりと、  
調理をして頂きました。  
さすが、みごとなお手並み  
でした。



お昼にいただきました。  
皆さん食が進み完食されました。

## ケアハウス

ケアハウスではこの春からフラワーアレンジメントを始めました。  
部屋に花があると気持ちが安らぐし、自分でアレンジできるのは楽しいと皆さん喜ばれて  
います。  
相談員 柳田 一枝



## ～ ユニット ～

4月にユニット棟にも新入社員が数名入社されました。経験をつんで来られた職員、高校を卒業し、新社会人として入社された職員等様々ですが、一生懸命入居者のケアに励んでいます。私達もその姿をみて入職したばかりの時の初心を思い出し、日々精進していかなくてはならないと感じました。



4月に入った豊永直です。  
まだまだわからない事がありますが、  
一生懸命頑張ります。



初めまして!! 坂口海優です!!  
新社会人3ヶ月目ですが、若さをパワー  
にがんばっています!!

## みどり苑ケアプランステーション

### 介護保険のしくみ

#### 大事に保管しましょう 介護保険負担割合証

介護保険で要介護認定を受けられた方には、1人に1枚介護保険負担割合証が介護保険被保険者証を発行した市町村（保険者）より交付されます。サービスを利用した時に支払う利用者の負担割合（1割または2割）が記載されます。

- ★ 年1回7月中に交付されます。
- ★ 2割負担となる方

本人の合計所得が160万円以上の方。ただし、年金収入とその他の合計所得金額の合計が単身で280万円未満、65歳以上（第1号被保険者）の方が2人以上いる世帯で346万円未満の方は1割負担のままとなります。

こんなときに必要ですので大切に保管してください

- 介護保険のサービスを利用するとき  
(担当のケアマネージャーに提示してください)

#### 参考例

介護保険負担割合証			
交付年月日 平成 年 月 日			
被 保 険 者	番 号		
	住 所	市	番地
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	昭和 年 月 日	女
利用者負担の割合		適 用 期 間	
	割	開始年月日 平成29年 8月 1日	終了年月日 平成30年 7月31日
	割	開始年月日	終了年月日
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 名 称 及 び 印		4	0
		福岡県	市 番地
		福岡県	市 課
	電 話	092-	-

問い合わせ先：みどり苑ケアプランステーション 092-942-0110