



【所在地】

〒808-0024 北九州市若松区浜町一丁目 19-1

TEL **093-752-1800**

FAX **093-752-1700**

【交通アクセス】

□北九州市営バス

若松郵便局前下車約 300m (徒歩 5 分)

□JR 若松駅から約 1km (車約 5 分)

【関連施設】

特別養護老人ホーム

花乃路 (100 床)

ショートステイ (10 床)

デイサービス (定員 10 名)

特別養護老人ホーム

あやめ苑 (100 床)

花乃路保育園 (定員 90 名)

社会福祉法人 希 耀 會

ベイサイド わかまつ

URL ● <http://bs-wakamatu.info/> メールお問い合わせ窓口 ● info@bs-wakamatu.info



若松南海岸近くに
高齢者のための
「住む」「泊まる」
「通う」「訪問する」
オールラウンドな拠点が
誕生します！

ベイサイド わかまつ

27年
春オープン！



社会福祉法人 希 耀 會

こんにちは。 ベイサイドわかまつです。

住み慣れた若松で、住み慣れた自分の家で
ずっとこのまま住み続けたい。

皆さまの願いに、若松で高齢者福祉に尽力してきた希耀會が応えます。たとえ介護が必要になっても、長年地域で培ってきた人間関係や暮らしを大切に、自立して生活ができる様「ベイサイドわかまつ」が支援をまいります。

■認知症対応型共同生活介護(グループホーム)2ユニット 定員18名

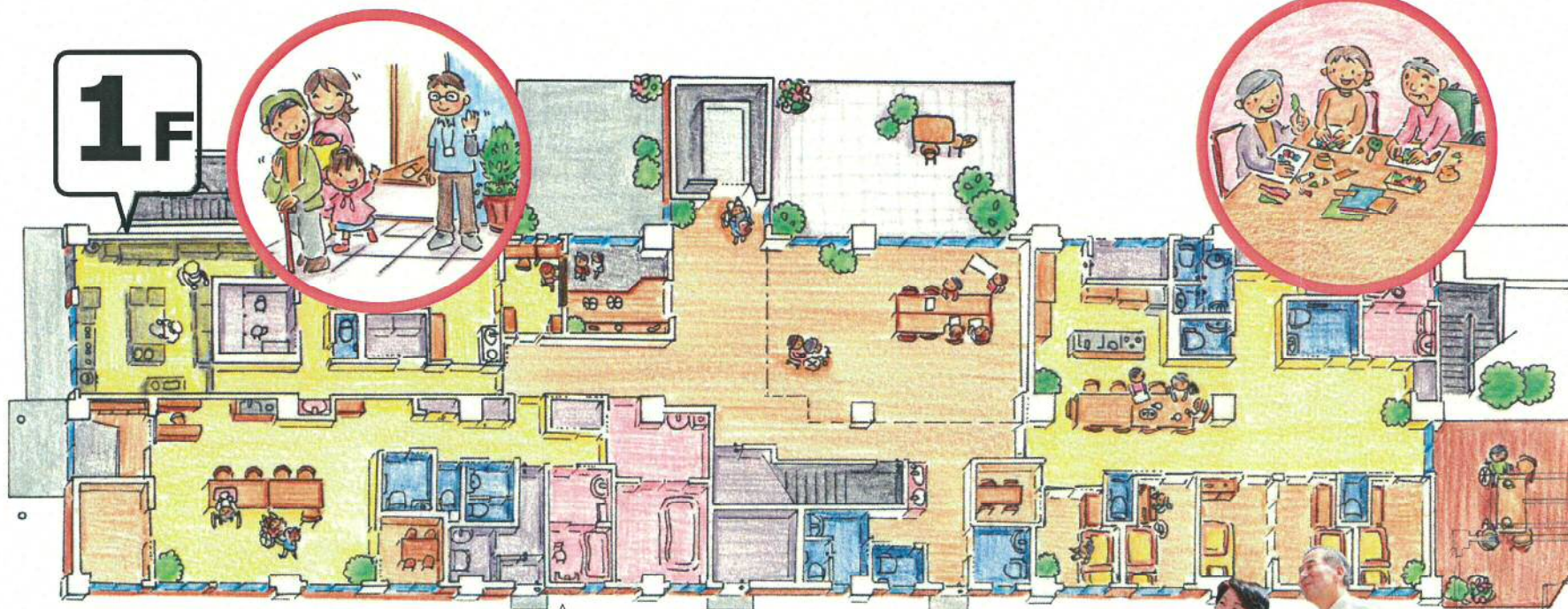
認知症と診断された要支援2～要介護5の介護度の方が入居できる施設です。少人数(1ユニット9人)の家庭的な雰囲気の中で、安心の自立した共同生活を営むことができます。入浴・排せつ・食事等の介護介助をいたします。



2F



1F

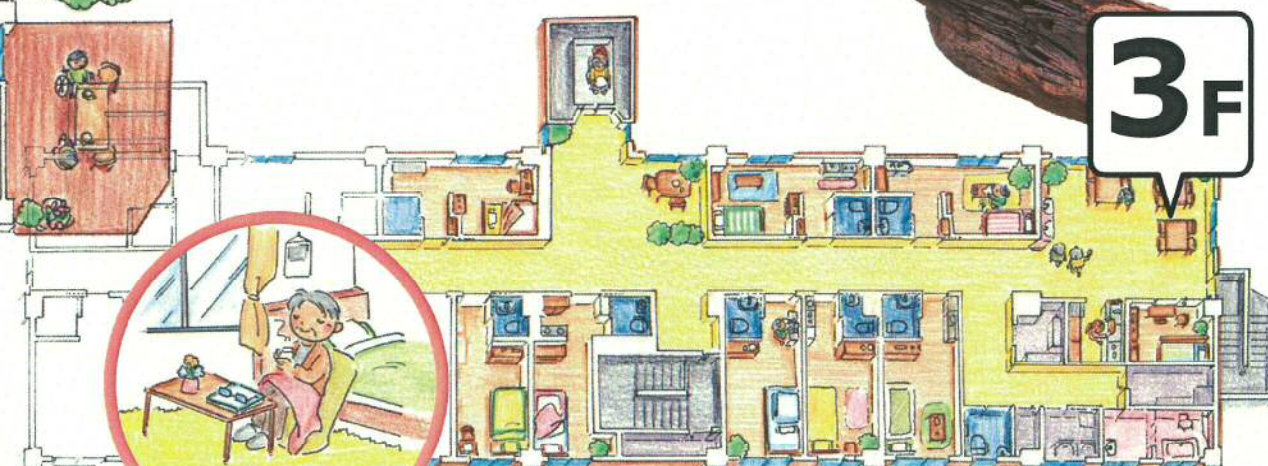


■小規模多機能型居宅介護事業所 (登録25名 通い15名 宿泊5名)

「通い」を中心にご利用者さまのご都合や希望に応じて、「訪問」や「泊まり」を柔軟に組み合わせ、介護度が進んでも在宅での生活が継続できるように支援していくサービスです。



3F



■通所介護(デイサービス)10名

在宅での介護を必要とされる方を対象に、食事・入浴・体操・レクリエーション等の各種サービスを提供します。ご家族の負担軽減や高齢者の自立を支援する介護保険サービスの一つです。

※地域の皆様に地域交流スペースもごございます。
会議や展示会・サークル活動の場としてご利用ください。



理念

- 利用者の自律した暮らしを支援します。
- 知・情・意を兼ね備えた人材を育成し、共助の姿勢をもって高品質のサービスを提供します。
- 健全経営を行い、地域福祉の拠点を目指します。

■住宅型有料老人ホーム 入居定員 15名

高齢の方に配慮した住まい・食事・生活相談で安心の暮らしを支えます。ご自宅にいるときと同様に入居者ご自身が、介護サービスを選んで受けることができます。外部の介護サービスを受けることもできます。

【 社会福祉法人 希耀會 ^{きようかい} 】 法人概要

項 目	内 容
法 人 本 部	北九州市若松区大字乙丸 1651 番 12 TEL (093) 742-1188 FAX (093) 742-1177
理 事 長	おおしま けい こ 大 島 圭 子
施 設	特別養護老人ホーム花乃路 ^{はなのし} （施設長 大島 圭子） 北九州市若松区大字乙丸 1651 番 12 Tel (093) 742-1188 fax (093) 742-1177
	特別養護老人ホームあやめ苑 ^{あやめ} （施設長 佐竹 賢二） 北九州市若松区中畑町 10 番 16 号 Tel (093) 752-1100 fax (093) 752-2200
	地域密着型ベイサイドわかまつ ^{わかまつ} （ホーム長 的場 秀人） 北九州市若松区浜町 1 丁目 19 番 1 号 Tel (093) 752-1800 fax (093) 752-1700
	花乃路保育園 ^{はなのし} （園長 長畑 洋子） 北九州市若松区大字乙丸 1651 番 14 Tel (093) 742-1185 fax (093) 742-8702
私たちの理念	☐ 利用者の自律した暮らしを支援します。 ☐ 知・情・意 を兼ね備えた人材を育成し、共助の姿勢をもって高品質のサービスを提供します。 ☐ 健全経営を行い、地域福祉の拠点を目指します。
ホームページ	http://www.kiyokai.or.jp/
沿 革	平成 18 年 10 月 社会福祉法人希耀會設立 平成 21 年 3 月 特別養護老人ホーム花乃路(70床) 開所 平成 21 年 6 月 特養花乃路ショートステイ(10床) 開所 平成 23 年 4 月 花乃路保育園(70名) 開園 平成 24 年 2 月 特養花乃路増床(30床) 開所 平成 24 年 7 月 特別養護老人ホームあやめ苑(100床) 開苑 平成 25 年 2 月 特養花乃路デイサービス(10名) 開所 平成 26 年 4 月 花乃路保育園 定員を 90 名へ変更 平成 27 年 4 月 ベイサイドわかまつ 開所



デイサービス ベイサイド わかまつ 利用料金表

平成27年4月1日現在

通所介護

- ・基本料金（1日当たり） サービス提供の所要時間

7時間以上9時間未満の場合

介護度	単位数 /日	利用者負担額 /日
要介護1	735単位	746円
要介護2	868単位	881円
要介護3	1,006単位	1,020円
要介護4	1,144単位	1,160円
要介護5	1,281単位	1,299円

5時間以上7時間未満の場合

介護度	単位数 /日	利用者負担額 /日
要介護1	641単位	650円
要介護2	757単位	768円
要介護3	874単位	887円
要介護4	990単位	1,004円
要介護5	1,107単位	1,123円

3時間以上5時間未満の場合

介護度	単位数 /日	利用者負担額 /日
要介護1	426単位	432円
要介護2	488単位	495円
要介護3	552単位	560円
要介護4	614単位	623円
要介護5	678単位	688円

その他費用

	金額
食事代	500円
オムツ代	実費
レクリエーション 費用	実費

各種加算

種別		単位数	利用者負担額
入浴加算	/日	50単位	51円
個別機能訓練加算Ⅱ		56単位	57円
サービス提供体制加算Ⅱ		6単位	6円
栄養改善加算/回		150単位	153円

※上記合計金額に処遇改善加算（2.2%相当）が加わります。

介護予防通所介護

介護度	単位数 /月	利用者負担額 /月
要支援1	1,647単位	1,670円
要支援2	3,377単位	3,425円

各種加算

介護度	単位数 /月	利用者負担額 /月
運動器機能向上加算Ⅱ	225単位	229円
サービス提供体制加算Ⅱ-1	48単位	49円
サービス提供体制加算Ⅱ-2	96単位	98円

※上記合計金額に処遇改善加算（2.2%相当）が加わります。

※ 介護報酬金額の変更に伴い、利用者負担額の変更があります。

グループホーム ベイサイド わかまつ

利用料金表

平成27年9月1日現在

入居前費用

敷金	100,000 円
----	-----------

※退去時に補修、未収等がありましたら、敷金より充当させていただきます。

入居費用

- ・基本月額利用料 (A)

家賃	月額	54,000 円
食材料費	30日/月の場合	45,000 円
光熱水費（共益費等）	月額	15,000 円
リネン代	月額	3,000 円
預り金管理手数料	月額	1,000 円
基本月額利用料合計（30日の場合）		118,000 円

※月の途中の入・退居の場合、家賃・光熱水費につきましては日割り計算となります。

※家賃、管理費、リネン代は入院等で不在の場合も規定の料金を頂きます。

※その他費用：医療費、理・美容、嗜好品、紙オムツ等は実費負担となっております。

介護保険 利用者負担額 ※厚生労働省の定める基準額の1割または2割

- ・基本 (B) 30日/月の場合

介護度	介護サービス費 /日	利用者負担額 (30日)	
		1割負担	2割負担
要支援2	7,534円	22,620円	45,210円
要介護1	7,574円	22,740円	45,450円
要介護2	7,929円	23,790円	47,580円
要介護3	8,172円	24,540円	49,050円
要介護4	8,335円	25,020円	50,010円
要介護5	8,497円	25,500円	51,000円

- ・各種加算（C） 30日/月の場合

種別	介護サービス費 /日	利用者負担額（30日）	
		1割負担	2割負担
初期加算 入居日から30日間のみ	304円	930円	1,830円
医療連携体制 加算	395円	1,200円	2,370円

※要支援の方は医療連携体制加算はありません。

※上記合計金額に処遇改善加算（8.3%相当）が加わります。

※ 介護報酬金額の変更に伴い、利用者負担額の変更があります。

小規模多機能ホーム **ベイサイド わかまつ**

平成27年9月1日現在

介護保険 利用者負担額 ※厚生労働省の定める基準額の1割または2割

・基本（A）

介護度	居宅からのご利用の方			住宅型有料老人ホームベイサイドわかまつをご利用の方		
	介護報酬単位 /月	利用者負担額 /月（1割）	利用者負担額 /月（2割）	介護報酬単位 /月	利用者負担額 /月（1割）	利用者負担額 /月（2割）
要支援1	3,403単位	3,461円	6,922円	3,066単位	3,119円	6,237円
要支援2	6,877単位	6,994円	13,988円	6,196単位	6,302円	12,603円
要介護1	10,320単位	10,496円	20,991円	9,298単位	9,456円	18,912円
要介護2	15,167単位	15,425円	30,850円	13,665単位	13,898円	27,795円
要介護3	22,062単位	22,437円	44,874円	19,878単位	20,216円	40,432円
要介護4	24,350単位	24,764円	49,528円	21,939単位	22,312円	44,624円
要介護5	26,849単位	27,306円	54,611円	24,191単位	24,603円	49,205円

種別	介護サービス費	利用者負担額 （1割）	利用者負担額 （2割）	月額利用者負担額 （1割）	月額利用者負担額 （2割）
初期加算（入居日から30日間のみ）	305円/日	31円/日	61円/日	930円	1,830円
看護職員配置加算Ⅱ	7,119円/月	712円/月	1,424円/月	712円	1,424円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3,559円/月	356円/月	712円/月	356円	712円
訪問体制強化加算	10,170円/月	1,017円/月	2,034円/月	1,017円	2,034円
総合マネジメント体制強化加算	10,170円/月	1,017円/月	2,034円/月	1,017円	2,034円

※上記合計金額に処遇改善加算（7.6%相当）が加わります。

食 費（1食当たり）

・（B）

	金額
朝食	500円
昼食	500円
夕食	500円

その他諸経費

・（C）

宿泊費	1,800円/日
オムツ代	実費
理美容代	実費
通常の事業実施地域を越える 送迎費用	事業所から片道おおむね10キロメートル未満 300円（片道当たり） 事業所から片道おおむね10キロメートル以上 500円（片道当たり）

※ 介護報酬金額の変更に伴い、利用者負担額の変更があります。

住宅型有料老人ホーム **ベイサイド わかまつ**

利用料金表

平成27年1月24日現在

入居前費用

敷金	100,000 円
----	-----------

※退去時に補修、未収等がありましたら、敷金より充当させていただきます。

入居費用

・基本月額利用料

家賃	月額	54,000 円
食材料費	30日/月の場合	53,460 円
管理費	月額	29,160 円
リネン代	月額	3,240 円
合計		139,860 円

※各居室の電気使用料は各居室設置メーターによる実費負担になります。

※月の途中の入・退居の場合、家賃・食材料費・管理費につきましては日割り計算となります。

※家賃、管理費等は入院等で不在の場合も、規定の料金を頂きます。

※管理費は老人ホームの人件費、共有部分の維持管理費、水道光熱費等に充てられます。

その他の費用

項目	費用
理美容代	実 費
オムツ代	実 費
日用雑貨	実 費
入浴介助	30分以内 1,080円 1時間以内 2,160円 1時間を超える場合は30分毎に540円
外出介助	
受診付き添い	
買物付き添い	

※ その他、居室への配食、オムツ交換、薬管理等、ご相談に応じて料金設定いたします。

体験入居サービス

項目	費用
宿泊料金	1泊 3,240円
食事代	朝食540円 夕食702円

フリガナ 入居予定者	様 男・女		M T S 生年月日: 年 月 日()歳						
住 所	〒 電話番号:								
家族構成	氏 名	続柄	お仕事等	氏 名	続柄	お仕事等			
介護保険	自立	支1	支2	介1	2	3	4	5	被保険者番号
認定期間	平成 年 月 日		～		平成 年 月 日				
年金等	種別	☐ 国民年金		☐ 厚生年金		☐ 共済組合		☐ その他()	
現 在	☐ 自宅	病院・施設の名称		事業者名					
	☐ 入院中 ☐ 入所中	入院・入所期間		平成 年 月 日から		担当ケアマネ			
認知症	診断の有無	無	有	病 名					
希望理由									
入居希望時期	☐ 今すぐ利用・入居したい		☐ 平成 年 月頃には利用・入居したい						
身元引受人 (保証人)	住所		〒						
	続柄()		電話番号:						
心身状況	歩行	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	入浴 更衣動作 視力 聴力 言葉	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	排泄	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助		☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	オムツ使用	☐ なし	☐ 夜のみ	☐ 常時使用		☐ 普通	☐ 弱視	☐ 全盲	
	食事	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助		☐ 普通	☐ やや難聴	☐ 難聴	
	主食	☐ 普通	☐ 軟飯	☐ お粥		☐ 普通	☐ 少し不自由	☐ 不自由	
	副食	☐ 普通	☐ 一口大	☐ 刻み					
病歴等	発症日	傷病名			受診医療機関・医師名			現状	
	S H 年							☐ 治療済 ☐ 治療中	
	S H 年							☐ 治療済 ☐ 治療中	
	S H 年							☐ 治療済 ☐ 治療中	
	S H 年							☐ 治療済 ☐ 治療中	
アレルギーの有無	・ 有 ・ 無	食物アレルギー		その他		感染症の有無	・ 有 ・ 無	診断名	
		薬物アレルギー							
かかりつけ病院			主治医						
上記の通り、利用・入居を申し込みます。									
平成 年 月 日 申し込み									
社会福祉法人 希耀會									
ベイスaidわかまつ 利用・入居予定者 印									
施設長殿 届出者 続柄() 印									

※グループホーム、住宅型は面談後、要件に合致した場合にのみ入居となりますので、ご承知おき下さい。

受付日	受付者	管理者	施設長	備考
/		/	/	