

法人名	社会福祉法人 明和会																																											
事業所名	カーサ陽だまりの里																																											
	〈施設入所〉		定員:32名		平成30年1月6日 現在																																							
住所	〒834-0015 八女市本2575番地1																																											
TEL	(0943)30-3055		FAX		(0943)23-0750																																							
事業内容	夜間において、入浴・排泄及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、その他の必要な日常生活上の支援を行います。 日中において、上記サービスと合わせて、洗濯及び掃除等の家事、創作的活動、身体機能または生活能力の向上のために必要な支援を行います。																																											
利用者構成	※主な対象障害に「◎」、対応可能な障害に「○」を記入してください。 <table><tr><td>障害種別</td><td>身体障害</td><td>知的障害</td><td>精神障害</td><td>発達障害</td><td>高次脳</td><td>重症心身</td><td></td></tr><tr><td></td><td>◎</td><td>○</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。 <table><tr><td>年齢/性別</td><td>18～</td><td>20代</td><td>30代</td><td>40代</td><td>50代</td><td>60代</td></tr><tr><td>男性</td><td></td><td></td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr><tr><td>女性</td><td></td><td></td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr></table> ○補足があればお書きください							障害種別	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	高次脳	重症心身			◎	○						年齢/性別	18～	20代	30代	40代	50代	60代	男性			○	○	○	○	女性			○	○	○	○
障害種別	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	高次脳	重症心身																																						
	◎	○																																										
年齢/性別	18～	20代	30代	40代	50代	60代																																						
男性			○	○	○	○																																						
女性			○	○	○	○																																						
職員構成	<table><tr><td>職員数</td><td>男性</td><td>女性</td></tr><tr><td></td><td>8名</td><td>22名</td></tr></table> ※専門職について(記載がないものは追記してください) <table><tr><td>看護師</td><td>生活指導員</td><td>サービス管理責任者</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4名</td><td>25名</td><td>1名</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							職員数	男性	女性		8名	22名	看護師	生活指導員	サービス管理責任者				4名	25名	1名																						
職員数	男性	女性																																										
	8名	22名																																										
看護師	生活指導員	サービス管理責任者																																										
4名	25名	1名																																										
居室について	※何人部屋か、設置家具はあるかなど 個室 初期配置…ベッド(リクライニング式)、クローゼット																																											
必要経費	食費・水光熱費																																											
法外援護サービス																																												
車いす対応の有無	◎有・無		＜備考＞																																									
医療ケア	◎可・不可		＜備考＞ 夜間看護師不在のため、日中に主な医的ケアを行う																																									

1日の流れ 年間行事	<1日の流れ>	<年間行事>
アピールポイント		

《写真》