

法人名	社会福祉法人 桜園																						
事業所名	共同生活援助事業 ほがらかホーム <small><共同生活援助> 定員: 男性 14 名、女性 6 名 令和3年2月 25日現在</small>																						
住所	〒833-0053 筑後市大字西牟田6032-1																						
TEL	0942-52-1782			FAX																			
<input checked="" type="radio"/> 内部包括型 or 外部委託型				区分の必要: <input checked="" type="radio"/> (区分 以上) ・ 無																			
事業内容	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">定員</td> <td>男性</td> <td>14 名</td> </tr> <tr> <td>女性</td> <td>6 名</td> </tr> </table>		定員	男性	14 名	女性	6 名	利用者が自立を目指し、地域において身体及び精神の状況並びに、その置かれている環境に応じて食事の提供、相談その他日常生活上の支援を行います。															
定員	男性	14 名																					
	女性	6 名																					
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 border="1"> <tr> <th>障害種別</th> <th>身体障害</th> <th>知的障害</th> <th>精神障害</th> <th>発達障害</th> <th>高次脳</th> <th>重度心身</th> <th></th> </tr> <tr> <td></td> <td></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	重度心身				◎		○			
障害種別	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	高次脳	重度心身																	
		◎		○																			
受け入れ条件	日中活動に参加できる方																						
居室について	※設置家具についても記入してください ・個室対応 ・エアコン、押し入れ(洋服かけ対応)																						
職員体制(夜間)	夜勤 ・ <input checked="" type="radio"/> 当直 ・ 不在		<備考> 男性棟・女性棟ともに、1名毎のスタッフが宿直勤務をしております。																				
車いす対応の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		<備考> 緊急時や一時使用は可能																				
医療ケア	可 <input checked="" type="radio"/> 不可		<備考> 一般的な病気等は、通院や静養等の支援を行います。																				
食事提供	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		<金額や提供曜日など> ・月～金曜(朝、夕) ・ 土、日(朝、昼、夕) ・生活費利用項目に食事料等項目により																				
金銭管理支援	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		<金銭管理費など> 生活費、小遣い																				
費用(家賃など)	55,000円(特別給付費、家賃補助10,000円)																						
入居者の役割	・ホーム内外の掃除等 ・自分で出来ることを行って頂きます																						
アピールポイント	・グループホーム3棟(ほがらかホーム、にこやかホーム、さわやかホーム) ・バリアフリー対応																						

《写真》

