

法人名	社会福祉法人 伍福会																							
事業所名	りあん																							
住所	八女市龍ヶ原196-7																							
TEL	0943-30-2077				FAX		0943-30-2061																	
サービス内容	※実施事業に「○」を記入してください。																							
	居宅介護		重度訪問介護		同行援護		移動支援		行動援護															
	○		○		○		○		○															
基本的に伍福会のサービスを利用されている方を中心に、りあんを利用して頂いています。 伍福会の職員がヘルパーとして対応しますので、利用者さんの事をよく理解でき、ご家庭ご本人ともに安心してご利用いただけるというメリットがあります。																								
職員構成	職員数			男性		女性																		
				10 名		16 名																		
	※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>介護福祉士</td><td>介護職員初任者</td><td>ガイドヘルパー</td><td>普通自動車2種免許</td><td>福祉有償運送</td><td>保育士</td></tr><tr><td>1 名</td><td>10 名</td><td>16 名</td><td>10 名</td><td>2 名</td><td>18 名</td><td>2 名</td></tr></table>											看護師	介護福祉士	介護職員初任者	ガイドヘルパー	普通自動車2種免許	福祉有償運送	保育士	1 名	10 名	16 名	10 名	2 名	18 名	2 名
看護師	介護福祉士	介護職員初任者	ガイドヘルパー	普通自動車2種免許	福祉有償運送	保育士																		
1 名	10 名	16 名	10 名	2 名	18 名	2 名																		
サービス提供地域	八女市、筑後市、広川町、大木町、大川市、久留米市、柳川市、みやま市																							
サービス提供時間	9:00～18:00 窓口営業時間 : 7:00～21:00																							
サービス提供曜日	月曜日～土曜日																							
法外援護サービス	私的契約																							
居宅介護																								
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。																							
	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	難病																
		◎	◎	◎	◎	○	○	◎																
	※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。																							
	年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代													
男性						○	○	○	○															
女性						○	○	○	○	○														
○利用者の条件等があればお書きください																								
	ヘルパーが利用者の自宅を訪問し、入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談や助言など、生活全般にわたる援助を行います。																							
重度訪問介護																								
利用者構成	※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。																							
	年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代													
	男性						○																	
	女性																							
○利用者の条件等があればお書きください																								

アピールポイント	重度の肢体不自由または重度の知的障害もしくは精神障害があり、常に介護を必要とする方に対し、ヘルパーが利用者の自宅を訪問し、入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除の家事、生活等に関する相談や助言など、生活全般にわたる援助や外出時における移動中の介護を総合的に行います。										
同行援護											
利用者構成	※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。										
	年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代
	男性										
	女性										○
○利用者の条件等があればお書きください											
アピールポイント	視覚障害のある方が外出する際、ご本人に同行し、移動に必要な情報の提供や移動の援護、排泄、食事等の介護のほか、情報提供や代読・代筆など、ご本人が外出する際に必要な援助を適切かつ効果的に行います。										
移動支援											
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。										
	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				
		◎	◎	◎	◎	○	○				
	※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。										
	年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代
	男性		○	○	○	○	○	○	○	○	
女性		○	○	○	○	○	○	○	○	○	
○利用者の条件等があればお書きください											
介護タクシー	(有) (1 台) ・ 無		ドライバーの人数： 2 名								
			車両の詳細：普通乗用車（5人乗り）								
アピールポイント	屋外での移動が困難な障害のある方が外出する際、移動に必要な情報の提供や、移動の援護、排泄、食事等の介助のほか、情報提供や代読・代筆などご本人が外出する際に必要な援助を行います。										
行動援護											
利用者構成	※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。										
	年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代
	男性			○				○		○	
	女性						○				
○利用者の条件等があればお書きください											
アピールポイント	行動に著しい困難を有する知的障害や精神障害のある方が、移動のために必要な援護、外出時における移動中の介護、排泄、食事等の介護のほか、行動する際に必要な援助を行います。										