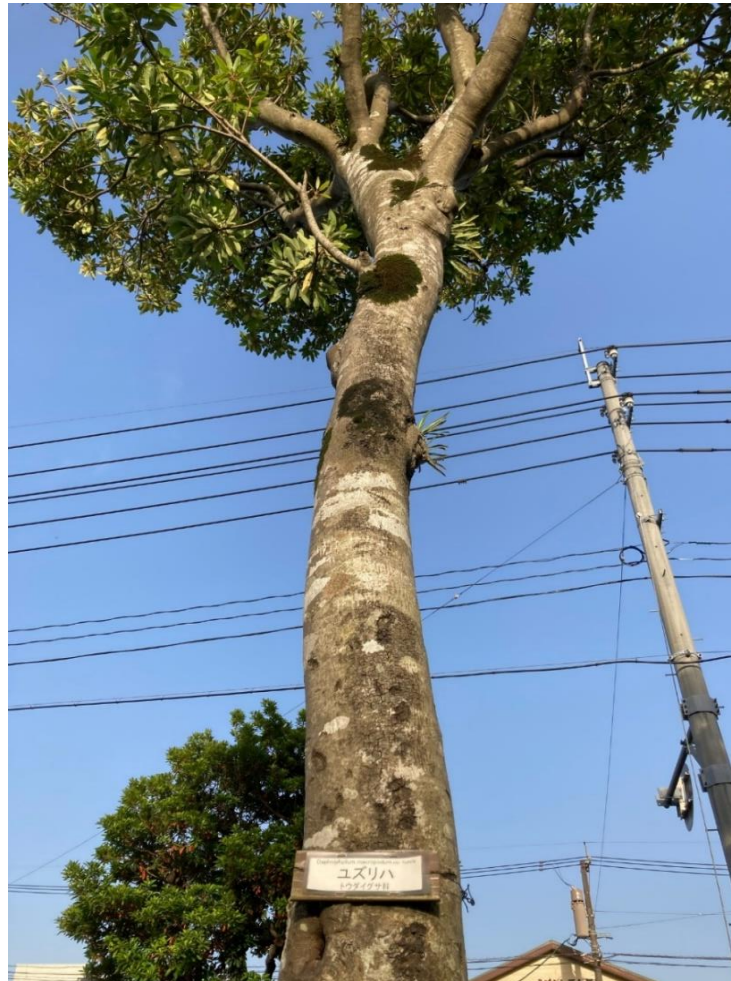


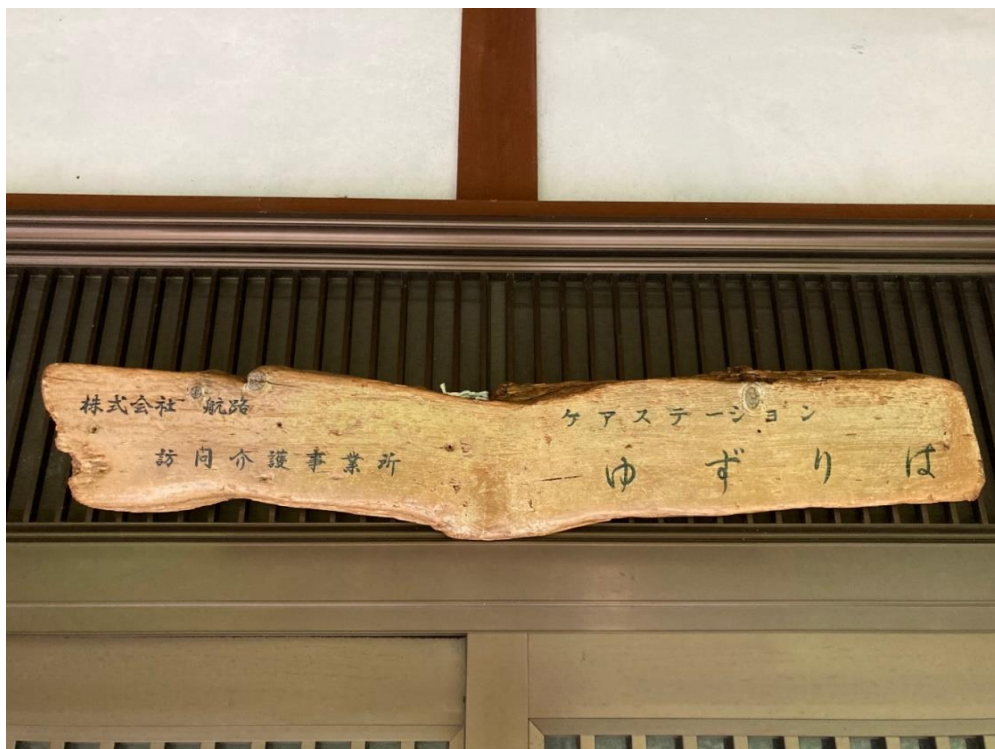
法人名	株式会社 航路															
事業所名	ケアステーション ゆずりは															
	令和 3年 4月 1日現在															
住所	福岡県八女市立花町下辺春1079番地															
TEL	0943-37-0222				FAX		050-3457-8889									
サービス内容	※実施事業に「○」を記入してください。															
	居宅介護		重度訪問介護		同行援護		移動支援		行動援護							
	○		○													
職員構成																
	職員数		男性 名		女性 5名											
	※専門職について(記載がないものは追記してください)															
	看護師		准看護師		実務者研修		初任者研修									
1		1		1		2										
サービス提供地域	八女、広川、筑後、久留米															
サービス提供時間	0600～2200															
サービス提供曜日	月曜～土曜(祝日含む)															
法外援護サービス	掃除、買い物、草刈り、電球取り換え等															
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																
アピールポイント	精神科勤務の経験者が多く、利用者さんの気持ちに寄り添ったケアができます。															
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											
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											
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（ 台）・ 無			ドライバーの人数： 名							
				車両の詳細：							
アピールポイント											
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											

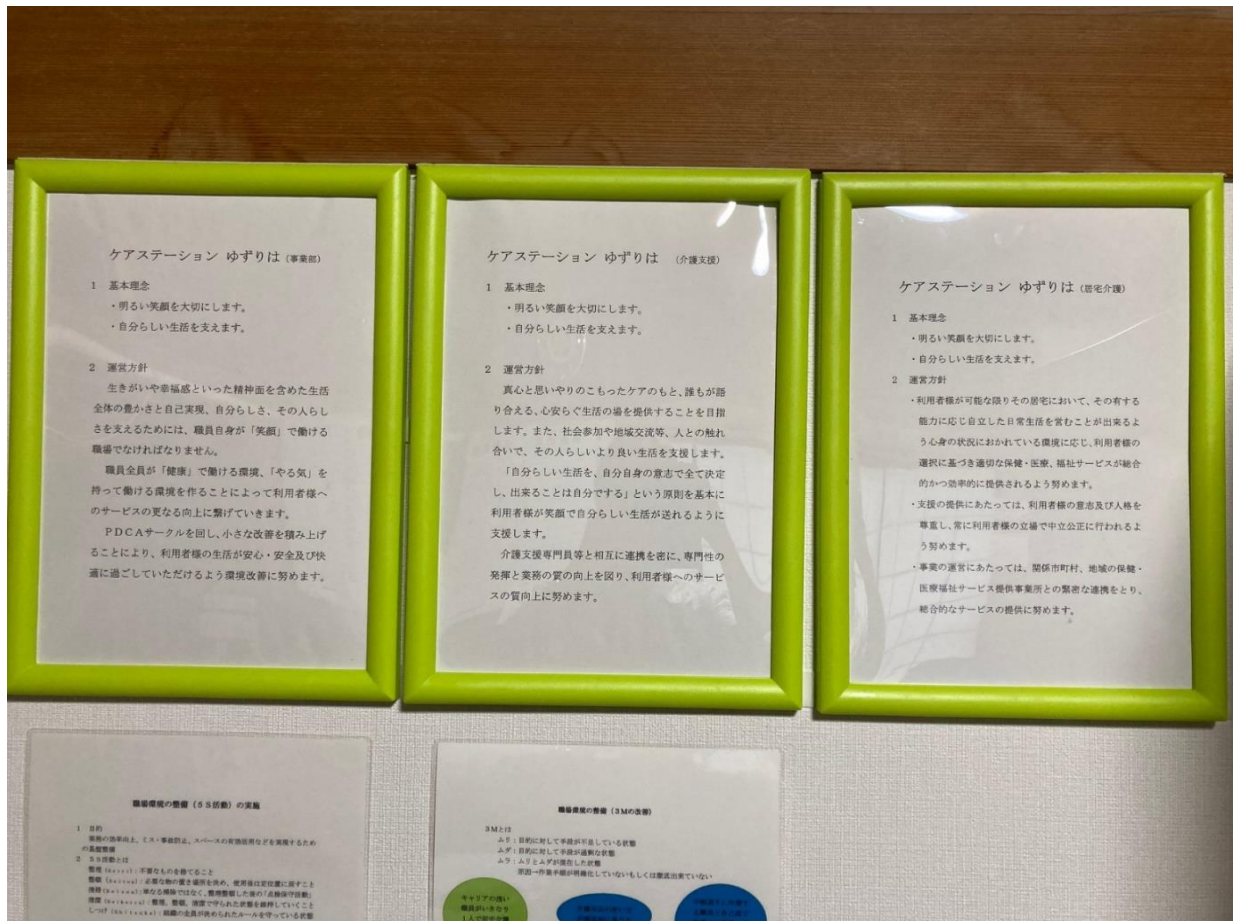
《写真》



ゆずりはです。



流木を利用した手作りの看板です。(^-)-☆



部門ごとの基本理念と運営方針です。



プライベートを意識した相談室です。