

居宅介護等(2)

令和2年2月現在

| 基本情報 | |
|----------------|-------------------------------|
| 法人名 | 特定非営利活動法人 |
| 事業所名 | 居宅介護事業所Let, sまんめんの笑み |
| 所在地 | 瀬戸市すみれ台4-5 |
| 電話番号 | 0561-48-7294 |
| FAX番号 | 0561-76-9800 |
| ホームページ/メールアドレス | manmennoemi@peace.ocn.ne.jp / |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 月～日 時間 10:00～20:00 頃 |
| 休業日 | 年末12/31～1/3 |
| 問い合わせ担当者 | 佐藤栄一 |

| | | | | | |
|------------|----------|---------------------------------|-----|----|---------------|
| 実費負担額及び内容 | | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | | 曜日 | 月～日 | 時間 | 10:00～20:00 頃 |
| 対象者 | 障害内容区分要件 | 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) | | | |
| | 障害内容区分要件 | 障害程度区分が3以上 | | | |

| サービス情報① | | |
|------------|--|--|
| サービス名 | 重度訪問介護 | |
| 実施状況 | あり ○ なし | |
| 具体的な支援内容 | 身体介護、家事援助、見守り支援が連続して長時間必要な人に対し、支援をします。 | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | |
| 実費負担額及び内容 | — | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 月～日 時間 10:00～20:00 頃 | |
| 対象者 | 障害内容 | 重度の肢体不自由者 |
| | 区分要件 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 |

| 提供の困難性について | |
|------------|-----|
| 重度訪問介護 | 要相談 |
| 行動援護 | 要相談 |

| 事業所PR |
|--|
| まんめんの笑みは24時間365日いつでも電話1本で受け付け、しょうがいのある方の必要に応じて対応するサービスを基本に、少しでもしょうがいのある方や家族と同じような気持ちになってどんなサービスが求められているのか、どんな活動をしたら生まれ育った街で本人の望む人生を送れるのかを考え、地域の中で実践、展開していきたいと考えています。生涯にわたって寄り添える支援者、代弁者として認められるよう活動していきます。 |

| 法定サービス情報② | |
|-----------|--------------------------------------|
| サービス名 | 行動援護 |
| 実施状況 | あり ○ なし |
| 具体的な支援内容 | こだわりが強く、自傷、他害があるなど理由でなかなか外出することが困難な方 |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) |



居宅介護等(2)

| 基本情報 | | | | | |
|---------------|------------------------|-----|----|--------------|---|
| 法人名 | 株式会社 梶田 | | | | |
| 事業所名 | ケアサポート ウィズ | | | | |
| 所在地 | 瀬戸市品野町1丁目3番地の1 | | | | |
| 電話番号 | 0561-41-4105 | | | | |
| FAX番号 | 0561-41-3169 | | | | |
| メールアドレス | with4105@cap.ocn.ne.jp | | | | |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～金 | 時間 | 8:30 ~ 17:30 | 頃 |
| 休業日 | 土・日 及び 年末年始 | | | | |
| 問い合わせ担当者 | 梶田 裕美 | | | | |

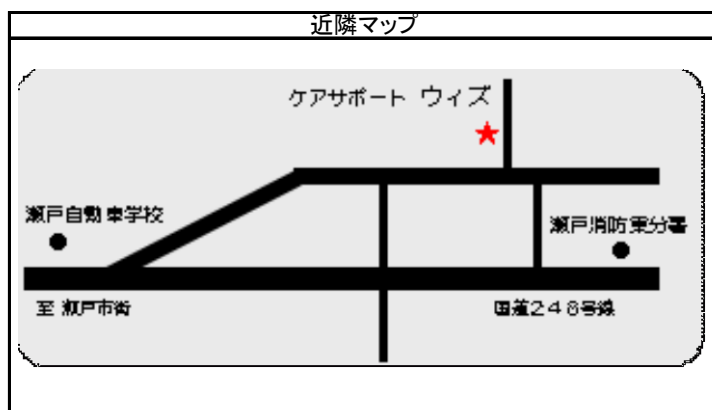
| サービス情報① | | | | | |
|------------|--|--|----|--------------|---|
| サービス名 | 重度訪問介護 | | | | |
| 実施状況 | 要相談 | | | | |
| 具体的な支援内容 | 重度訪問介護対象者の要件を満たす方に対して 身体介護、家事援助、移動介護、見守りなどの 支援を行います。 | | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | | |
| 実費負担額及び内容 | — | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～金 | 時間 | 8:30 ~ 17:30 | 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 重度の肢体不自由者 | | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 | | | |

| 法定サービス情報② | | | | |
|-----------|------|--|----|---|
| サービス名 | 行動援護 | | | |
| 実施状況 | あり | | なし | ○ |
| 具体的な支援内容 | | | | |
| 利用料 | | | | |

| | | | | | | |
|------------|------|----|--|----|-------|---|
| 実費負担額及び内容 | | | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | | 曜日 | | 時間 | : ~ : | 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | | | | | |
| | 区分要件 | | | | | |

| 提供の困難性について | |
|------------|-----|
| 重度訪問介護 | 要相談 |
| 行動援護 | — |

| 事業所PR |
|--|
| <p>自分が受けたいような介護を！これが私達の信条です。</p> <p>在宅での支援が必要な方々が それぞれの能力に応じて自立した日常生活を送る事ができるよう、専門知識と人間性豊かな介護ヘルパーをご自宅に派遣します。きめ細やかなお世話を通して 毎日の生活をご自宅で過ごしたいと望まれるご本人やご家族を力強くサポートいたします。</p> <p>経験豊かな介護ヘルパーにより まごころ込めたサービスをご自宅までお届けします。</p> |



居宅介護等(2)

| 基本情報 | |
|----------------|--------------------------|
| 法人名 | 株式会社T・Yカンパニー |
| 事業所名 | ケアサポート ころ |
| 所在地 | 瀬戸市東米泉町87番地 フォーブル米泉101号 |
| 電話番号 | (0561)89-5515 |
| FAX番号 | (0561)89-5516 |
| ホームページ/メールアドレス | / t.ycom@globe.ocn.ne.jp |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 月から金 時間 8:45~ 18:00 頃 |
| 休業日 | 土・日曜日及び年末年始(12/30~1/3) |
| 問い合わせ担当者 | 梶田裕司 |

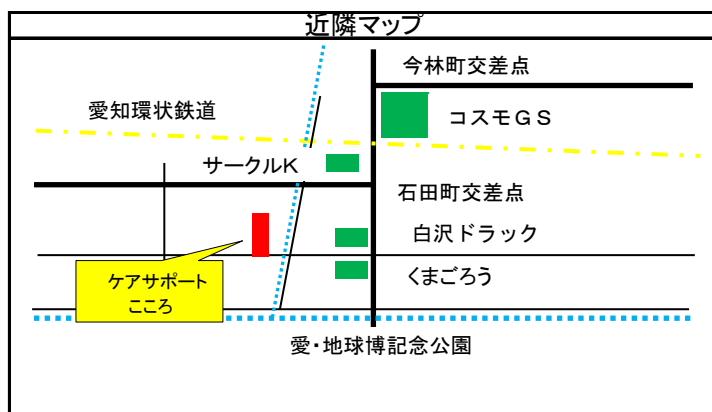
| サービス情報① | |
|------------|--|
| サービス名 | 重度訪問介護 |
| 実施状況 | あり ○ なし |
| 具体的な支援内容 | 重度の肢体不自由者身体不自由の方で常時介護を要する方に対して、ホームヘルパーが家庭を訪問して、身体介護、家事援助、外出時における移動中の介護など必要な支援を総合的に行います |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) |
| 実費負担額及び内容 | 買い物実費 |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 日~土 時間 8:30~18:00 頃 |
| 障害内容 | 重度の肢体不自由者 |
| 対象者 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 |

| 法定サービス情報② | |
|-----------|-------------------------|
| サービス名 | 行動援護 |
| 実施状況 | あり なし ○ |
| 具体的な支援内容 | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) |

| | |
|------------|---|
| 実費負担額及び内容 | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 時間 : ~ : 頃 |
| 対象者 | 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) 障害程度区分が3以上 |

| 提供の困難性について | |
|------------|------|
| 重度訪問介護 | 提供可能 |
| 行動援護 | 困難 |

| 事業所PR |
|--|
| 当事業者は心身の障害など、介護を必要とされる皆様が、住み慣れた地域社会やご家族において、自立した日常生活を営んでいただけるよう支援する活動を行っております。地域社会とのコミュニケーションを通じて、広く質の高い介護サービスを提供したいと考えています。 |



居宅介護等(2)

令和2年2月現在

| 基本情報 | | | | |
|----------------|---|-----|----|----------------|
| 法人名 | 特定非営利活動法人 遊夢 | | | |
| 事業所名 | ヘルパーステーション夢ぞう | | | |
| 所在地 | 愛知県瀬戸市みずの坂5-55 | | | |
| 電話番号 | 0561-48-5859 | | | |
| FAX番号 | 0561-48-5471 | | | |
| ホームページ/メールアドレス | / yumezo@u-mu.jp | | | |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～金 | 時間 | 9:00 ~ 17:00 頃 |
| 休業日 | ゴールデンウィーク、お盆、年末年始各3日間(緊急の場合、日常生活上必要不可欠な場合は転送携帯にて対応します。) | | | |
| 問い合わせ担当者 | 大津 ちよか | | | |

| | | | | |
|------------|------------|---------------------------------|--------------|---|
| 実費負担額及び内容 | 移動支援と同じです。 | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 月～日 | 曜日 | 8:00 ~ 18:00 | 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分が3以上 | | |

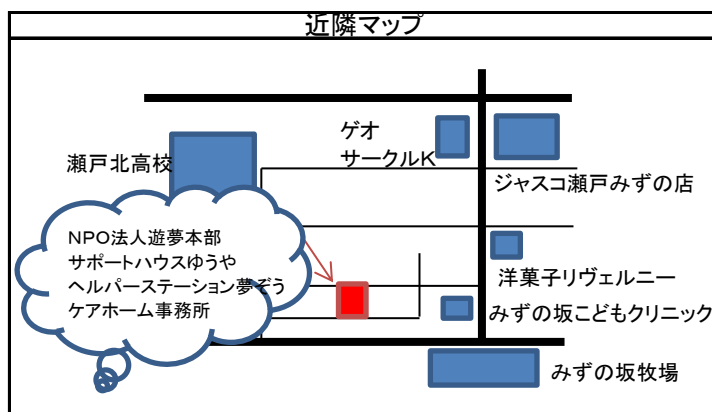
| サービス情報① | | | | |
|------------|--|--|--------------|---|
| サービス名 | 重度訪問介護 | | | |
| 実施状況 | あり | ○ | なし | |
| 具体的な支援内容 | 重度訪問介護対象者の要件を満たす方に対して身体介護、家事援助、移動介護、見守りなどの支援をおこないます。 | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | |
| 実費負担額及び内容 | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 月～日 | 曜日 | 8:00 ~ 18:00 | 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 重度の肢体不自由者 | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 | | |

| 提供の困難性について | |
|------------|-----|
| 重度訪問介護 | 要相談 |
| 行動援護 | 要相談 |

| 事業所PR | |
|--|--|
| <p>NPO法人遊夢はしょうがいのある方の生活を支援する活動をしている団体です。親切、丁寧、きめ細かいサービスに心がけています。長年、しょうがい福祉に携わってきた職員が中心となり、しょうがい特性を十分考慮した対応をおこないます。「しょうがいのある方もない方も笑って暮らせるように・・・♪一人一人を大切に・・・♪地域で一人一人にあった生活を築いていくための一部になれるよう・・・♪」をモットーに活動しています。</p> | |



| 法定サービス情報② | | | | |
|-----------|----------------------------------|---|----|--|
| サービス名 | 行動援護 | | | |
| 実施状況 | あり | ○ | なし | |
| 具体的な支援内容 | しょうがい特性により一人での外出が困難な方の援助をおこないます。 | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | |



居宅介護等(2)

| 基本情報 | | | | | |
|----------------|--------------------------------------|-----|----|--------------|---|
| 法人名 | 株式会社タチソウ | | | | |
| 事業所名 | ヘルパーステーション 楽雅堂 | | | | |
| 所在地 | 愛知県瀬戸市池田町52番地 | | | | |
| 電話番号 | 0561-56-2023 | | | | |
| FAX番号 | 0561-56-2063 | | | | |
| ホームページ/メールアドレス | / tachiso-1883@heart.ocn.ne.jp | | | | |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～土 | 時間 | 8:30 ~ 17:30 | 頃 |
| 休業日 | 年末年始(原則12月30日～1月3日) 緊急の場合は、転送携帯にて対応可 | | | | |
| 問い合わせ担当者 | 土屋 久美子 | | | | |

| | | | | | |
|------------|------|---------------------------------|--|----|---------|
| 実費負担額及び内容 | | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | | 曜日 | | 時間 | : ~ : 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) | | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分が3以上 | | | |

| サービス情報① | | | | |
|------------|---|--|----|----------------|
| サービス名 | 重度訪問介護 | | | |
| 実施状況 | あり | ○ | なし | |
| 具体的な支援内容 | 身体介護、家事援助、見守りが連続して長時間必要な方に対して、支援を提供します。 | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | |
| 実費負担額及び内容 | 買い物代行をした場合の実費 | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～日 | 時間 | 8:00 ~ 18:00 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 重度の肢体不自由者 | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 | | |

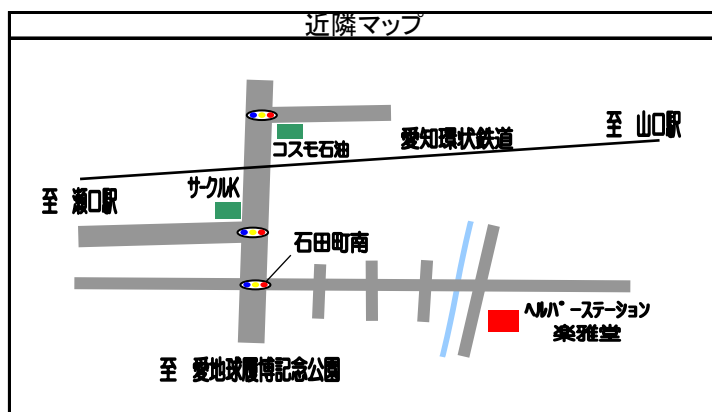
| 提供の困難性について | |
|------------|------|
| 重度訪問介護 | 要相談 |
| 行動援護 | 提供困難 |

事業所PR

40代を中心とした元気あふれるヘルパーが、太陽のような笑顔でお宅に訪問させていただきます。

ステーションでは、定期的に勉強会を開き、技術の向上に励んでいます。利用者様一人一人の生活や状態について、毎日ステーション内で会議を行い、利用者様に寄り添った援助を行います。

| 法定サービス情報② | | | | |
|-----------|-------------------------|--|----|---|
| サービス名 | 行動援護 | | | |
| 実施状況 | あり | | なし | ○ |
| 具体的な支援内容 | | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | |



居宅介護等(2)

| 基本情報 | | | | |
|----------------|---|----|----|--------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 ふたば福祉会 | | | |
| 事業所名 | ふたばヘルパーステーション | | | |
| 所在地 | 瀬戸市西山町1丁目46番地18 | | | |
| 電話番号 | 0561(87)4181 | | | |
| FAX番号 | 0561(87)4129 | | | |
| ホームページ/メールアドレス | http://www.willowfutaba.jp / aoyama@willowfutaba.jp | | | |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 | 平日 | 時間 | 9:00~18:00 頃 |
| 休業日 | 日曜日・年末年始(臨時対応は相談に応じます) | | | |
| 問い合わせ担当者 | 加藤史絵・青山ゆみ子 | | | |

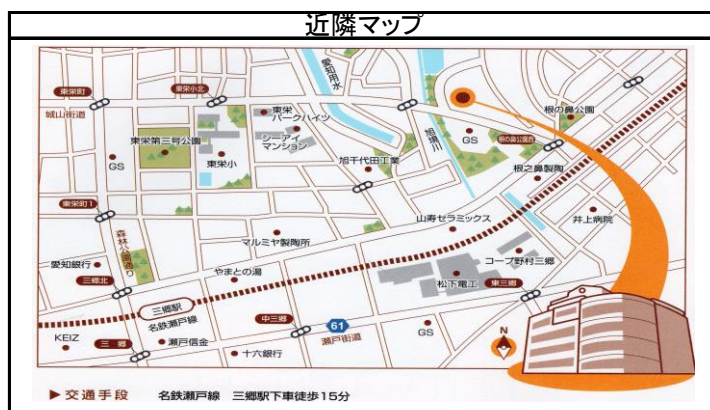
| サービス情報① | | | | |
|------------|--|--|----|--------------|
| サービス名 | 重度訪問介護 | | | |
| 実施状況 | あり | ○ | なし | |
| 具体的な支援内容 | 重度訪問介護対象者の要件を満たす方に対して身体介護、家事援助、移動介護、見守りなどの支援を行います。 | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | |
| 実費負担額及び内容 | — | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 | 平日 | 時間 | 7:00~20:00 頃 |
| 障害内容 | 重度の肢体不自由者 | | | |
| 対象者 | 区分要件 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 | | |

| 法定サービス情報② | | | | |
|-----------|-------------------------|--|----|---|
| サービス名 | 行動援護 | | | |
| 実施状況 | あり | | なし | ○ |
| 具体的な支援内容 | | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | |

| | | | | |
|------------|----------|---|----|---------|
| 実費負担額及び内容 | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 | | 時間 | : ~ : 頃 |
| 対象者 | 障害内容区分要件 | 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) 障害程度区分が3以上 | | |

| | |
|--------|--------------|
| | 提供の困難性について |
| 重度訪問介護 | 提供可能・困難(要相談) |
| 行動援護 | — |

| 事業所PR |
|---|
| <p>高齢者総合福祉施設ウィローふたば内のヘルパーステーションです。高齢者への支援と同様、しょうがいのある方が、在宅での生活を少しでも長く維持できるよう支援する活動をしています。ウィローふたばの施設理念のもと、皆さんの幸せのためにお手伝いさせていただきます。</p> <p>《ウィローふたばの施設理念》 「介護の心」の基本は人を愛することです。私たちは、みなさんの幸せを願い、かけがえのない生活のために、生きがいを育み、地域の人々から求められる「介護の心」を忘れません。</p> |



居宅介護等(2)

| 基本情報 | |
|----------------|--|
| 法人名 | 社会福祉法人 瀬戸中央会 |
| 事業所名 | 水野ヘルパーステーション |
| 所在地 | 愛知県瀬戸市はぎの台3丁目1番地の3 |
| 電話番号 | 0561-86-8772 |
| FAX番号 | 0561-48-6787 |
| ホームページ/メールアドレス | http://www.setochuo.com / mizuno001@setochuo.com |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 月～土 時間 8:15～17:15 頃 |
| 休業日 | 日曜日、年末年始(12/30～1/3) |
| 問い合わせ担当者 | 水野令子 |

| サービス情報① | |
|------------|--|
| サービス名 | 重度訪問介護 |
| 実施状況 | あり ○ なし |
| 具体的な支援内容 | 入浴介助・調理・食事介助 |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) |
| 実費負担額及び内容 | 障害福祉サービス受給者証記載内容による |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 月～土 時間 8:15～17:15 頃 |
| 対象者 | 障害内容 重度の肢体不自由者 区分要件 障害程度区分6以上で嚔下状態悪く、ゼリー状の水分補給、手すりにつかまり立つことは短時間であれば可能だが支えが必要。尿失禁あり。 |

| 法定サービス情報② | |
|-----------|-------------------------|
| サービス名 | 行動援護 |
| 実施状況 | あり なし ○ |
| 具体的な支援内容 | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) |

| | |
|------------|--|
| 実費負担額及び内容 | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 時間 : ~ : 頃 |
| 対象者 | 障害内容区分要件 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) 障害支援区分が3以上 |

| 提供の困難性について | |
|------------|-----|
| 重度訪問介護 | 応相談 |
| 行動援護 | |

| 事業所PR |
|--|
| 関係機関と綿密な連携をはかりながら、利用者第一のサービスを提供していきます。 |



居宅介護等(2)

令和2年2月現在

| 基本情報 | | | | | |
|---------------|--|-----|----|------------|---|
| 法人名 | 合同会社らでゆ | | | | |
| 事業所名 | ヘルパーステーションまほろば | | | | |
| 所在地 | 瀬戸市北脇町276番地 | | | | |
| 電話番号 | 0561-89-2680 | | | | |
| FAX番号 | 0561-76-0114 | | | | |
| メールアドレス | sanwafood@ia9.itkeeper.ne.jp | | | | |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～日 | 時間 | 9:00～18:00 | 頃 |
| 休業日 | 12/30～1/3 | | | | |
| 問い合わせ担当者 | 猪塚 | | | | |

| | | | | | |
|------------|------|---------------------------------|--|----|---------|
| 実費負担額及び内容 | | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | | 曜日 | | 時間 | : ~ : 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) | | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分が3以上 | | | |

| サービス情報① | | | | | |
|------------|---|--|----|-----|---|
| サービス名 | 重度訪問介護 | | | | |
| 実施状況 | あり | ○ | なし | | |
| 具体的な支援内容 | 重度訪問介護対象者の要件を満たす方に対し、身体介護、家事援助、移動介護、見守り等の支援を行います。 | | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | | |
| 実費負担額及び内容 | | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～金 | 時間 | 応相談 | 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 重度の肢体不自由者 | | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 | | | |

| 提供の困難性について | |
|------------|-------------|
| 重度訪問介護 | 提供可能・困難・要相談 |
| 行動援護 | 提供可能・困難・要相談 |

| 事業所PR | |
|--|--|
| <p>「住み慣れた自宅で住み続ける事が一番の幸福」の考えの基、ご家族様と協力し、在宅での介護を利用者様の立場で考え提供させて頂きます。</p> <p>地域活動支援センター・グループホームも運営しています。</p> <p>手厚いトータルでサービス提供が出来る事業所づくりを目標にしています。</p> | |

| 法定サービス情報② | | | | | |
|-----------|-------------------------|--|----|---|--|
| サービス名 | 行動援護 | | | | |
| 実施状況 | あり | | なし | ○ | |
| 具体的な支援内容 | | | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | | |



居宅介護等(2)

| 基本情報 | |
|----------------|---|
| 法人名 | 株式会社 ウイズ・ユー |
| 事業所名 | 訪問介護 あんず |
| 所在地 | 愛知県尾張旭市井田町一丁目178 |
| 電話番号 | 0561-56-9360 |
| FAX番号 | 0561-56-9361 |
| ホームページ/メールアドレス | http://www5.hp-ez.com/hp/anzunosato / anzunosato00513@yahoo.co.jp |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 月～日 時間 9:00 ~ 18:30 頃 |
| 休業日 | 年末年始(12/30～1/2)は除きますが、対象者の状況によってはこの限りではありません。 |
| 問い合わせ担当者 | 大柳 文子 |

| サービス情報① | |
|------------|--|
| サービス名 | 重度訪問介護 |
| 実施状況 | あり ○ なし |
| 具体的な支援内容 | 重度訪問介護対象者の要件を満たす方に対して身体介護、家事援助、移動介護、見守りなどの支援をおこないます。 |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) |
| 実費負担額及び内容 | 買い物代 |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 月～金 時間 8:00 ~ 18:00 頃 |
| 障害内容 | 重度の肢体不自由者 |
| 対象者 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 |

| 法定サービス情報② | |
|-----------|-------------------------|
| サービス名 | 行動援護 |
| 実施状況 | あり なし ○ |
| 具体的な支援内容 | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) |

| | |
|------------|---|
| 実費負担額及び内容 | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 時間 : ~ : 頃 |
| 対象者 | 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) 障害程度区分が3以上 |

| 提供の困難性について | |
|------------|-----|
| 重度訪問介護 | 要相談 |
| 行動援護 | |

| 事業所PR | |
|--|--|
| 利用者様が住み慣れた地域において、安心して暮らし続けていくことができるように支えていき、利用者様本位の立場から自己決定を尊重し、自立に向けた介護サービスを提供していきます。また、利用者様から信頼され、心の通う介護が提供できるよう努力し自己研鑽に励んでいきます。 | |



居宅介護等(2)

令和2年2月現在

| 基本情報 | | | | | |
|----------------|---|-----|----|------------|---|
| 法人名 | 有限会社オンロード | | | | |
| 事業所名 | 訪問介護すずらん | | | | |
| 所在地 | 尾張旭市城前町3-1-18 | | | | |
| 電話番号 | 0561-54-7810 | | | | |
| FAX番号 | 0561-54-7910 | | | | |
| ホームページ/メールアドレス | / h-suzuran@tune.ocn.ne.jp | | | | |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～金 | 時間 | 8:00～18:00 | 頃 |
| 休業日 | ゴールデンウィーク、お盆、年末年始各3日間(緊急の場合、日常生活上必要不可欠な場合は転送携帯にて対応します。) | | | | |
| 問い合わせ担当者 | 西村 | | | | |

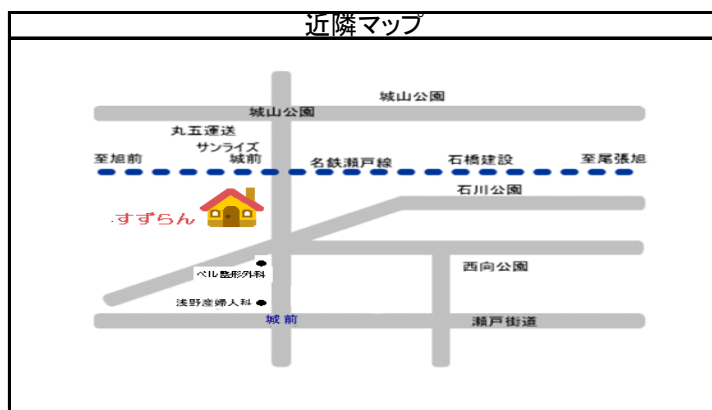
| | | | | | | |
|------------|----------|---------------------------------|----|------|---------|---|
| 実費負担額及び内容 | 交通費、買い物代 | | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～土 | 時間 | 8:00 | ～ 18:00 | 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 知的障害者又は精神障害者で行動上著しい困難を有する障害者(児) | | | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分が3以上 | | | | |

| サービス情報① | | | | | | |
|------------|--|--|----|------|---------|---|
| サービス名 | 重度訪問介護 | | | | | |
| 実施状況 | あり | ○ | なし | | | |
| 具体的な支援内容 | 重度訪問介護対象者の要件を満たす方に対して身体介護、家事援助、移動介護、見守りなどの支援をおこないます。 | | | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | | | |
| 実費負担額及び内容 | 買い物代等 | | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 | 月～土 | 時間 | 8:00 | ～ 18:00 | 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | 重度の肢体不自由者 | | | | |
| | 区分要件 | 障害程度区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 | | | | |

| 提供の困難性について | |
|------------|-----|
| 重度訪問介護 | 要相談 |
| 行動援護 | 要相談 |

| 事業所PR |
|--|
| <p>私たちは、利用者やご家族が「何を望んでいるか」私たちに「何ができるか」を問いながら、住み慣れた地域で、利用者やご家族の生活の張り合いや楽しみ喜びにつながるよう笑顔と心のこもったサービスが出来るよう考えています。</p> |

| 法定サービス情報② | | | | | |
|-----------|--|---|----|--|--|
| サービス名 | 行動援護 | | | | |
| 実施状況 | あり | ○ | なし | | |
| 具体的な支援内容 | しょうがい特性により一人での外出が困難な方の援助をおこないます。具体的な行先は、散歩、買い物が多い。 | | | | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | | | | |



居宅介護等(2)

令和2年2月現在

| 基本情報 | |
|----------------|--|
| 法人名 | 有限会社 ハートフルハウス |
| 事業所名 | 訪問介護事業所 ひなたぼっこ |
| 所在地 | 愛知県長久手市城屋敷108番地2F |
| 電話番号 | 0561-61-3546 |
| FAX番号 | 0561-61-4747 |
| ホームページ/メールアドレス | heartful-house.com / hinata@heartful-house.com |
| 問い合わせ可能日及び時間帯 | 曜日 月～日 時間 9:00～18:00 頃 |
| 休業日 | 年末年始12/28～1/3(日常生活不可欠な場合は応相談) |
| 問い合わせ担当者 | 横井 久美子 |

| | | | | |
|------------|------|----|----|---|
| 実費負担額及び内容 | | | | |
| 利用可能日及び時間帯 | | 曜日 | 時間 | 頃 |
| 対象者 | 障害内容 | | | |
| | 区分要件 | | | |

| サービス情報① | | |
|------------|---|--|
| サービス名 | 重度訪問介護 | |
| 実施状況 | あり なし ○ | |
| 具体的な支援内容 | 重度訪問介護対象者の要件を満たす方に対して、身体介護、家事援助、移動支援、見守りなどの支援をおこないます。 | |
| 利用料 | 原則事業費の1割(所得に応じ市が上限額を決定) | |
| 実費負担額及び内容 | | |
| 利用可能日及び時間帯 | 曜日 月～日 時間 9:00～18:00 頃 | |
| 対象者 | 障害内容 | 重度の肢体不自由者 |
| | 区分要件 | 障害支援区分4以上に該当し2肢以上に麻痺がある者であって、歩行、移乗、排尿、排便のいずれかに介助を必要としている者。また、児童相談所において、利用の必要性が認められている児童。 |

| 提供の困難性について | |
|------------|-----|
| 重度訪問介護 | 要相談 |
| 行動援護 | |

| 事業所PR |
|---|
| 訪問介護「ひなたぼっこ」は、お年寄りや障害を持った方が、住み慣れた街で安心して暮らすために利用者さま一人ひとりに合った、温かいサービスを提供致します。 |

| 法定サービス情報② | |
|-----------|---------|
| サービス名 | 行動援護 |
| 実施状況 | あり なし ○ |
| 具体的な支援内容 | |
| 利用料 | |

