



# 『APERIO』



事業所の愛称『APERIO』は、  
“開く”という意味のラテン語です。  
「気軽に集える、開かれた場所になるように」  
という想いを込めています。

見学・体験受付中です。  
(06-6758-0333) にお電話  
もしくは村田病院 南館1F受付へ  
気軽にお声がけください。

この度、村田病院の東側に『通所リハビリテーション APERIO』を開設させて頂きました。  
脳卒中の発症後、自宅へ退院された方々が安心して在宅生活を送ることができるように  
サポートしてまいります。どうぞお気軽にご相談下さい。

医療法人 穂翔会 理事長 村田高穂

## ◆当施設の「通所リハビリテーション」の特色

急性期・回復期病院を退院後の脳卒中患者さんを対象に

生活行為  
の向上

心身機能  
(高次脳機能障害、  
運動麻痺など)  
の向上

介護者などの  
家族支援

再入院の  
予防

を目的に、脳卒中後遺症に特化した生活期リハビリテーションを提供します

## ◆対象とご利用時間

- 介護保険で要支援、要介護認定をされた方
- 月～土 (3～4時間) ※日・祝は除く  
9時00分～12時10分 (入浴あり)  
13時30分～16時40分 (入浴あり)
- ご自宅まで送り迎え致します



## ◆ご利用料金

### ■要介護者の場合 1回分（3～4時間）の金額

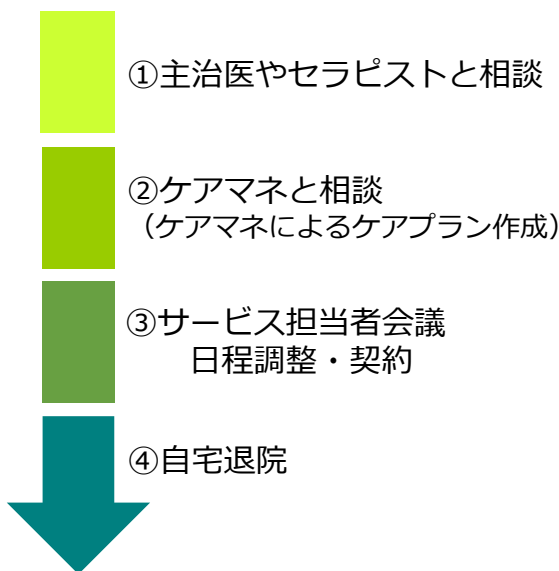
	ご利用単位数							ご利用金額(処遇改善を除く)				1カ月の 加算金額
	1回分 (3～4時間)	リハビリテー ションマネジ メント加算(B)イ	生活行為向上 リハビリテー ション加算	リハビリテー ション提供体 制加算	サービス提供 体制強化加算 Ⅱ	入浴介助 加算Ⅱ	介護職員処遇 改善加算Ⅱ	1回あたりの金額				
								ご利用金額	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)	
要介護1	483単位							6,234円	624円	1,247円	1,871円	1割:2,263円 2割:4,526円 3割:6,789円
要介護2	561単位							7,082円	709円	1,417円	2,125円	
要介護3	638単位	830単位	1,250単位	12単位	18単位	60単位	所定単位数 の3.4%	7,920円	792円	1,584円	2,376円	
要介護4	738単位							9,008円	901円	1,802円	2,703円	
要介護5	836単位							10,074円	1,008円	2,015円	3,023円	

### ■要支援者の場合 1カ月分の金額

	ご利用単位数					1月あたりのご利用金額(処遇改善を除く)			
	1月分	生活行為向上 リハビリテー ション加算	運動器機能向上 加算	サービス提供 体制強化加算Ⅱ	介護職員処遇 改善加算Ⅱ	ご利用金額	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要支援1	2,053単位	562単位	225単位	72単位	所定単位数 の3.4%	31,682円	3,169円	6,337円	9,505円
要支援2	3,999単位			144単位		53,638円	5,364円	10,728円	16,092円

※地域区分加算は10.88（1単位10.88円）となります。 ※別途、おやつ代として100円/日

## ◆ご利用までの流れ（例）



利用開始



## ◆ご利用プログラム（例）

8:50	お迎え
9:10	到着
9:20	健康チェック
9:30～	自主トレーニング
10:00～	入浴・休憩
10:45～	個別リハ
11:15～	休憩・自主トレーニング
12:10	出発
12:30	帰宅



## ◆交通アクセス

大阪シティバス：  
田島三丁目 停留所より 徒歩1分  
田島五丁目 停留所より 徒歩3分

医療法人穂翔会  
穂翔クリニック 通所リハビリテーション  
〒544-0011  
大阪市生野区田島4丁目2-30  
TEL：06-6758-0333 FAX：06-6758-0330



# 体験申込書

年 月 日

ご利用者様	様	生年月日	年	月	日	歳	男・女										
住所																	
介護度	要支援	1	・	2	要介護	1	・	2	・	3	・	4	・	5	申請中	月	日頃
キーパーソン					続柄												
電話連絡可能な方					電話番号												
居宅介護支援事業所																	
担当ケアマネージャー様					電話番号												
ご利用希望日	月		火	水	木	金	土										
送迎	必要		・		不要		入浴	希望		・		不要					

現病歴・既往歴について記入をお願いします

現病歴	
既往歴	
その他特記事項	

利用者様の状況について ○ 記入をお願いします

移動	自立	見守り	一部介助	全介助	使用用具	杖	歩行器	車椅子
	その他特記事項							
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	シャワーのみ		浴槽につかる	
	その他特記事項							
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	使用用具	オムツ	リハパン	パット
	その他特記事項							

その他 生活の中での特記事項 (補聴器を使用 飲み物にとろみが必要 など)

送迎時の注意点・駐車場所についての特記事項があれば記入をお願いします

デイケアご利用の目的を記入をお願いします (〇〇に困っている 〇〇ができるようになりたい など)

ご記入有難うございました。この用紙を右記番号へFAXで送付お願い致します。 FAX:06-6758-0330  
改めて、体験日程相談のため連絡させて頂きます。 宜しくお願い致します。

医療法人穂翔会 穂翔クリニック通所リハビリテーションAperio (アペリオ)