医療法人穂翔会

通所リハビリテーション
『APERIO』
アペリオ



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。

『通所リハビリテーション APERIO』は、村田病院の東側にあります。
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				
									1回あたりの金額				1ヵ月の加算金額(左記に追加)
	基本単位数（3～4時間）	リハビリテーションマネジメント加算ハ	生活行為向上リハビリテーション加算	科学的介護推進体制加算	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Ⅳ	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	486単位	1,063単位	1,250単位	40単位	12単位	18単位	60単位	所定単位数の7%	6,705円	671円	1,341円	2,012円	1割：2,739円 2割：5,479円 3割：8,218円
要介護2	565単位								7,625円	763円	1,525円	2,288円	
要介護3	643単位								8,533円	853円	1,707円	2,560円	
要介護4	743単位								9,697円	970円	1,939円	2,909円	
要介護5	842単位								10,849円	1,085円	2,170円	3,255円	

■要支援者の場合　1ヵ月分の金額

	ご利用単位数					1ヵ月あたりのご利用金額			
	1ヵ月分	サービス提供体制強化加算Ⅱ	生活行為向上リハビリテーション加算	科学的介護推進体制加算	介護職員処遇改善加算Ⅳ	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	2,268単位	72単位	562単位	40単位	所定単位数の7%	34,249円	3,424円	6,849円	10,272円
要支援2	4,228単位	144単位				57,905円	5,790円	11,581円	17,370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（希望制）

◆ご利用までの流れ（例）

① 主治医やセラピストと相談

② ケアマネと相談

③ 体験利用

④ 契約・サービス担当者会議

利用開始





◆ご利用プログラム（例）

8：40	お迎え
9：00	到着
9：10	健康チェック
9：20～	機械トレーニング・休憩
10：00～	入浴
10：45～	個別リハ
11：15～	機械トレーニング・休憩
12：10	出発
12：20	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				
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　〇　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・停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）