

いつまでも住み慣れた我が家で過ごすための

介護と医療 サポートガイド



在宅療養を支えるチームの皆様
(令和5年度第1回多職種連携交流会参加者)

印西市

令和6年3月発行

はじめに

みなさんは、住み慣れた自宅で医療や介護サービスを受けながら生活を送ることや人生の最終段階のことについて考えたことはありますか？

印西市が実施した調査では、人生の最期を過ごしたい場所について、約6割の方が「自宅を希望している」と回答しています。

印西市では、市民のみなさんが安心して自宅で療養生活を送ることができるまちを目指して、在宅医療と介護の連携体制の構築に取り組んでいます。

この冊子はみなさんが住み慣れた自宅での療養や介護、人生の最期（看取り）について考えるとき、在宅での療養を選択する際の考え方や相談場所などの情報をまとめたものです。

この冊子を通じてみなさんのご家族やご自身が、病気などで長期の療養や介護を必要としたり、人生の最期を迎えるときに、自らの意思で生活のあり方を選択するための手段の一つとして活用していただけたら幸いです。

印西市福祉部高齢者福祉課



もくじ

在宅療養とは

- 在宅療養のギモン・・・・・・・・・・2ページ
- 在宅療養の実際
 - 特集 印西市在住 Sさん宅の場合・・・・・・・・・・4ページ
 - 1 脳血管疾患編・・・・・・・・・・8ページ
 - 2 認知症編・・・・・・・・・・10ページ
 - 3 がん末期編・・・・・・・・・・12ページ
- 人生の最期について
 - 自宅で看取る・看取られるということ・・・・・・・・・・14ページ
 - 最期まで自分らしくあるために・・・・・・・・・・15ページ
 - エンディングノートを書いてみよう・・・・・・・・・・16ページ
- 在宅療養にかかる費用・・・・・・・・・・17ページ

在宅療養を支えるチームとそのメンバー

- 在宅療養を支えるチーム・・・・・・・・・・20ページ
- 在宅療養を支えるメンバー
 - 医師（訪問診療）・・・・・・・・・・22ページ
 - 歯科医師（訪問歯科）・・・・・・・・・・23ページ
 - 看護師（訪問看護）・・・・・・・・・・24ページ
 - 薬剤師（訪問薬剤管理指導）・・・・・・・・・・25ページ
 - 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
（訪問リハビリテーション）・・・・・・・・・・26ページ
 - 介護支援専門員（ケアマネジャー）・・・・・・・・・・27ページ
 - 地域包括支援センター・・・・・・・・・・28ページ

在宅療養の相談先一覧（掲載に同意した事業所のみ）

- 訪問診療や往診を行う医療機関・・・・・・・・・・29ページ
- 訪問歯科診療を行う歯科医院・・・・・・・・・・30ページ
- 訪問薬剤管理指導を行う薬局・・・・・・・・・・31ページ
- 訪問看護・訪問リハビリテーションを行う事業所・・・・・・・・・・32ページ
- 居宅介護支援事業所・・・・・・・・・・33ページ
- 地域包括支援センター・・・・・・・・・・34ページ

Q1

在宅療養ってなに？

病気を抱えていても、自宅などの住み慣れた場所で在宅医療や介護サービスを受けながら療養し、自分らしい生活を続けることです。

Q2

医療や介護が必要になっても自宅で暮らせるの？

自宅で医療や介護サービスを受けながら療養することは可能です。様々な病気が原因での在宅療養生活の例は、P8～P13をご覧ください。

将来



Q3

自宅で療養って費用はどれくらいかかるの？

在宅療養に係る費用などのめやすは、P17～P19をご覧ください。

Q4

在宅での療養ってどんなことができるの？

在宅療養を支える専門職はたくさんいます。在宅療養を支えるチームの全体像はP4を、チームのメンバーの役割は、P22～P28をご覧ください。



Q5

自分らしい生活が続けるために 今からできることってあるのかな？

自分らしい生活が続けていくためにも介護予防の意識は重要です。元気でいきいきと生活し、要介護状態にならないようにするための「介護予防・生活支援サービス事業」や「一般介護予防事業」があります。詳しくは「みんなのあんしん介護保険」（高齢者福祉課窓口や地域包括支援センター等で配布）をご覧ください。

日頃の健康管理も重要です。かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局を持っておきましょう。かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局についてはP7をご覧ください。

最期まで自分らしい生活を送るために、自分が受けたい医療や介護について、エンディングノートを活用しながら、ご家族と一緒に考えてみてはいかがでしょうか。エンディングノートについては、P16をご覧ください。



Q6

子供は近くに住んでいないし、夫婦だけの生活だけど、医療や介護についての相談はどこにしたらいいのだろうか・・・

在宅療養についての相談先は、P29～P34をご覧ください。

Q7

家族がもうすぐ退院って言われたけど、何から準備を始めたらいい？

まずは入院している病院の地域連携室（病院によって名称は異なります）にご相談ください。

また、どこに相談したら良いかわからないなど、高齢者の困りごと全般については、地域包括支援センターにご相談ください。地域包括支援センターについては、P34をご覧ください。



訪問診療の風景

サービス内容や金額はご本人の状況や要介護度などにより変わります。

在宅療養に至った経緯と状況

令和3年10月
脳出血により市内の総合病院に緊急入院

令和3年11月
市外のリハビリテーション病院に転院
(令和3年12月から要介護5)

令和4年 6月
退院して**在宅療養**が始まる
(右半身の麻痺あり・在宅酸素・経管栄養)

介護サービスは何を利用していますか？

1. 訪問看護・・・血圧等チェック・清拭・おむつ交換・服薬確認・爪切り・歯磨き等
2. 訪問リハビリ・・・右半身を中心にこれ以上関節が硬くならないよう関節運動やストレッチ等
3. 訪問入浴・・・ベッド横に浴槽を持ってきてもらい、スタッフ3名で入浴介助
4. 訪問介護・・・オムツ交換等
5. 福祉用具・・・ベッド・車いす・床ずれ防止エアマット・スロープ等のレンタル

上記のサービスでかかる自己負担の目安
(頻度は右記スケジュール参照)

1割負担の場合：月額 約4万円<R5参考>

医療サービスは何を利用していますか？

1. 訪問診療(月2回)・・・胃ろう交換(月1回)・血圧等チェック・血液検査(3か月に1回)
2. 訪問歯科(月2回)・・・歯の検診・吸引しながら歯磨き

重度心身障害者医療費助成の対象者※であれば1回200円(非課税世帯は無料)
※障害者手帳の等級(身体障害者手帳であれば1~2級)による

その他

レスパイト入院(3か月に1回程度)・・・夫の休養のため2週間ほど入院

ポイント

訪問看護は医療保険を使いたい！自分で選べるの？

ご自分で選ぶことはできません。

医療保険は、適用される条件が決められております。ご不明な点は訪問看護ステーション(→P32)にご確認ください。

スケジュール

1週間の

黒字のみ / 夫が行う
 / 介護保険
 / 医療保険 (月2回)

(時間)	月	火	水	木	金	土	日
6	オムツ交換 (6:30-6:40) 経管栄養 (7:00-7:30)	オムツ交換 (6:30-6:40) 経管栄養 (7:00-7:30)	オムツ交換 (6:30-6:40) 経管栄養 (7:00-7:30)	オムツ交換 (6:30-6:40) 経管栄養 (7:00-7:30)	オムツ交換 (6:30-6:40) 経管栄養 (7:00-7:30)	オムツ交換 (6:30-6:40) 経管栄養 (7:00-7:30)	オムツ交換 (6:30-6:40) 経管栄養 (7:00-7:30)
9				(9:30-9:45) 訪問診療			
12	(11:00-11:30) 訪問介護 経管栄養 (12:30-13:30) 訪問リハ	(11:00-12:00) 訪問看護 経管栄養	(11:15-11:45) 訪問介護 経管栄養	(11:00-12:00) 訪問入浴 経管栄養	(11:00-12:00) 訪問看護 経管栄養 (13:00-14:00) 訪問リハ	オムツ交換 (11:30-11:40) 経管栄養	オムツ交換 (11:30-11:40) 経管栄養
15	(14:30-15:30) 訪問入浴				(14:00-14:15) 訪問歯科		
18	オムツ交換 (17:00-17:10) 経管栄養	オムツ交換 (17:00-17:10) 経管栄養	オムツ交換 (17:00-17:10) 経管栄養	オムツ交換 (17:00-17:10) 経管栄養	オムツ交換 (17:00-17:10) 経管栄養	オムツ交換 (17:00-17:10) 経管栄養	オムツ交換 (17:00-17:10) 経管栄養
21	オムツ交換 (21:00-21:10)	オムツ交換 (21:00-21:10)	オムツ交換 (21:00-21:10)	オムツ交換 (21:00-21:10)	オムツ交換 (21:00-21:10)	オムツ交換 (21:00-21:10)	オムツ交換 (21:00-21:10)

夫/ 経管栄養
 ①薬
 ②栄養剤
 ③水
 合わせて30分程度

夫/ 外出
 毎日2~3時間
 (買い物など)

夫/ オムツ交換
 月に1回ほど
 夕方だけで3回
 交換することも。

夫/ 痰の吸引
 午前ほぼなし
 夕方~就寝時
 10回以上

在宅療養でよかったことは？

前と変わらず家内が家にいて、二人で生活しているという安心感があります。また、支援していただいている皆様のおかげで、一人だけで介護しているという孤独感からも解放されています。訪問診療により、自宅で医師による診察を受けられ、胃ろう交換や血液検査などもしていただけるので、とても助かります。

在宅療養で大変なことは？

確かに前と同じように2人の生活には戻りましたが、1日3回の定時の経管栄養・お薬の服用と1日4~5回のおむつ交換、1日数回~十数回の痰吸引などで私自身の生活は大きく制限されます。(希望したら、上限の範囲内でサービスは増やせます。)

それでも、1日のうち、自由になる時間が数時間はありますので、その間に散歩したり、買い物したりで適度にリラックスしています。

また、定期的にレスパイト入院を利用して自分の時間を作っています。

在宅療養で気をつけていることは？

家内は、暑い、寒い、痛いなどの表現ができないので、エアコンのスイッチは常に「入」にしたままです。発症前と同じように、「おはよう」「気分はいいかい？」などの普段と変わらないあいさつや声掛けをしています。



訪問歯科の風景

支援しているチームの皆様

～住み慣れたご自宅で安心して過ごすことができるようご本人やご家族に寄り添いながら支援しています～

ご自宅で胃ろう交換や血液検査を行い、奥様やご主人のご負担を軽減させていただいております。

訪問診療医

要介護状態になる前から奥様とご主人に関わっておりました。今は奥様とご主人を支えるチームで、笑いあり、おしゃべりあり、愚痴ありの在宅療養生活を送られています。とても良い雰囲気ของทีมです！
包括は、少し離れたところからですが、見守りを継続させていただいております。

地域包括支援センター職員

今以上にサービスを増やすこともできる中、ご主人は献身的に奥様を介助をされ、奥様の表情もとても穏やかです。ご主人が無理なく介護を続けられるよう、お困りなことなどあればご相談いただき、サービス調整などさせていただきながら、ご主人の気持ちを支えていきたいと思っております。

ケアマネジャー

口腔ケアを中心に、口臭の改善や肺炎予防に努めています。ずっと気になっていた口臭も一回でなくなったと喜んでいただいております。

訪問歯科医

ご主人は1日何度もオムツ交換をして、奥様が気持ちよく過ごせるよう頑張っています。私たちも全力でサポートします！ ヘルパー

ご主人がご不安だとおっしゃる爪切りや吸引しながらの歯磨きもお任せください！
(市外) 訪問看護師

麻痺のある右半身だけでなく、麻痺のない左半身も筋肉を使いすぎて疲労が溜まらないようにマッサージしたり、ご主人に車いすの移乗方法などもアドバイスさせていただいております。(市外) 訪問リハビリ職員

ご主人があたたかく見守ってくださり、奥様も穏やかに入浴されています。

(市外) 訪問入浴職員

ご主人から在宅療養を検討しているご家族へ メッセージ

在宅での介護は確かに大変です。
特に、自分の自由時間がほとんどありません。
それでも、一緒に生活できるという意味で、充足感があります。
なにより大きな喪失感を避けられ、前の日常をかなり取り戻せます。
家内も自宅にいられることを喜んでいると思います。
大変だけど、一人ではありません。
心配ごとなどはケアマネジャーさんたちにも相談できます。
悩んでいる方は、まず、在宅医療に挑戦してみることをお勧めします。



かかりつけ医をもちましょう！

(市内の医療機関等の情報は、市のホームページ等でご確認ください。)

日頃の健康状態を把握してくれている、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局をもつことで、ちょっとした異変でも早期に発見することが可能です。

かかりつけ医

日常的な診療や健康管理など気軽に相談できる身近な医師のことです。検査や入院が必要な場合は、適切に病院や専門医を紹介してもらえます。



かかりつけ歯科医

継続的に口の中の状態を確認し、重症化予防のための適切な診療をしてくれるとともに、虫歯や歯周病などの予防や早期発見をしてくれる身近な歯科医のことです。



かかりつけ薬局

薬の飲み合わせや副作用について相談したり、同じような薬が重複して処方されていないかなど、気軽に相談できる身近な薬局のことです。



～脳血管疾患編～

*症状には、個人差があります。



発症・急性期

脳出血や脳梗塞、クモ膜下出血等が原因となる脳血管疾患は、突然発症することが多く、意識の消失、身体や顔面の麻痺等が見られます。

病院に入院し、急激な症状に対する治療（急性期治療）や急性期リハビリテーションを行います。



回復期*

症状が安定してきたら回復期リハビリテーションを行います。

歩行等の身体機能の回復や日常生活に必要な動作を改善して、家庭や社会生活への復帰を目指します。

※リハビリ専門の病院へ転院を勧められることもあります。

ヒント

転院や退院が不安・・・どこに相談しよう？

多くの病院には、退院を支援する窓口（地域連携室や医療連携室など）があります。詳しくは各病院にご確認ください。

窓口では、専門の看護師や医療ソーシャルワーカーが退院後の生活や介護保険のサービスなどについて、在宅で支援を行う人たちと調整を行います。

また、病院以外でも市役所や地域包括支援センターでは、介護保険や福祉サービスの利用を含めた総合的な窓口として、ご相談に対応しています。



地域包括支援センターはP34をご覧ください



退院準備

退院後も自宅で医療や介護保険サービス*などを受ける必要がある場合、安心して在宅生活を送るために入院中から準備を行います。

※ベッドや手すりの設置など自宅の住環境の整備やサービスの調整などがあります。
(介護保険サービスは、退院後に利用可能になります。)



生活期

医療や介護保険サービスなどを利用して自宅で生活を送ることができます。

また、機能維持や自立に向けたリハビリテーションを受けながら、趣味や旅行を楽しむこともできます。

ポイント

退院してから困らないように 退院準備のためのポイント



入院している病院の担当者と、退院後に在宅療養を支える支援者と共に、主に以下の内容について、相談をしながら準備を進めていきます。

1. 自分や家族がどのような生活を希望するか、病院の退院を支援する窓口や地域包括支援センターなどに相談する。
2. 脳血管疾患は再発を起こしやすいため、生活における注意事項（食事や服薬など）を確認する。
3. 介護保険を申請し、ベッドやトイレの手すり、段差の解消、入浴のための椅子などの生活環境を整える。（入院中の介護保険サービスは利用不可）
4. 入浴や食事の介護、家事の支援など、必要な介護体制を整える。
5. 医療処置が必要な場合や、一人での通院が困難な場合は、訪問診療や訪問看護、訪問薬剤師などの医療体制を整える。

～認知症編～

*症状には、個人差があります。



前兆
～疑い～

日常生活に大きな支障はありませんが、「何かおかしい」という感覚はあります。約束を忘れてたり、探し物が増えます。趣味やこれまで好きだったことに関心がなくなったり、不安や焦りの気持ちが出る人もいます。

家族や地域の一員としての役割を続けられるように支援していきます。



軽度
～見守りがあれば日常生活は自立～

短期記憶が難しくなり、同じことを何回も聞く、頻繁に物を置き忘れる、同じ食材を買い込む、たびたび道に迷う、ゴミを出せなくなるなど、少しずつ生活に支障がでてきます。

早期に診断を受け、周囲の理解と見守り、物忘れを補う工夫など、適切な支援を受けることで、日常生活を送ることができます。

ヒント

認知症ってどんなもの？

認知症とは、いろいろな原因で認知機能が低下し、様々な生活のしづらさが現れる状態を指します。その人がその人らしく生活することができるよう、周囲の人はご本人の尊厳を大切にしながら接することが大切です。

適切な治療を早い段階で行うことで、症状の進行を遅らせたり、新たな症状の出現を予防することができますと言われています。





中度

～日常生活に手助け・介護が必要～

記憶障害や見当識（場所や日時などの認識）障害が進み、自宅のトイレがわからない、洋服の着方がわからない、外出すると戻れないなど、日常生活の多くの場面で見守りや手助けが必要になります。介護や医療のサービスが必要になる時期です。

本人が好きなことや、できることを尊重したケアを受けると、穏やかな生活を送ることができます。



重度

～常に介護が必要～

自分で食事ができなくなる、体を動かすことが難しくなる、便や尿の失禁が増えるなど、生活のほとんどに介助が必要になります。言葉が少なくなったり、表情が乏しくなり、意思の疎通が難しいことがあります。

本人のこれまでの人生を尊重し、介護や医療のサービスを利用しながら生活を支えていきます。



物忘れが気になる・・・どこに相談しよう？

「これまでとは違う…」など、不安なことや気になることがあれば、かかりつけ医や地域包括支援センターなどに相談しましょう。

1. かかりつけ医

かかりつけ医は、心身の健康チェックや認知症の日常的な治療を行います。認知症が疑われる場合は、まずはかかりつけ医に相談しましょう。その後必要に応じて、認知症の専門医療機関などと連携を行います。

2. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域の身近な相談窓口として、ご本人やご家族からの相談にのっています。

認知症の早期診断や早期対応に向け、認知症のご本人やご家族に早期に関わる必要がある場合は、複数の専門職で構成する「認知症初期集中支援チーム」とも連携をして対応します。

～がん末期編～

*症状には、個人差があります。



退院

病院での治療後、退院が決定する前から、在宅療養への準備をします。

点滴等の医療処置が必要な場合は、訪問診療、訪問看護及び訪問薬剤師等のサポートが受けられるように療養環境の準備を行います。

また、介護サービスの準備を行います。



終末期

6～3か月前

徐々に体が弱まったり痛みなどが出る時期です。仕事や家事などできなくなることが増えてきます。

しかし、痛みなどの症状の緩和によって自分らしい生活を送ることができます。痛みなどの症状や治療に対する不安は、医療スタッフに相談しましょう。



3～1か月前

食欲が低下し、日々の活動性が低下してきます。

痛みが強くなったり、急激に全身状態が低下する場合があります。

心配なことが増えますが、医療スタッフなどに相談しながら対応していきます。

会いたい人に会っておくのもよいでしょう。

ヒント 自宅での緩和ケア

住み慣れた自宅で、自分らしく生きることを目指せるのが、在宅における緩和ケアです。

緩和ケアは、通院で受けることもできますし、通院することが難しければ、自宅で受けることもできます。

訪問診療や訪問看護、訪問薬剤師等の医療や、必要な介護サービスの両側面から支援をうけることで、最期まで自宅で過ごすことも可能です。



在宅療養を支えるチームについては、P20をご覧ください





2週間～1週間前

眠っている時間が多くなり、現実と夢が入り交じることもあります。

身体的には血圧の低下、心拍数の増加、体温や呼吸の変化が見られ、手足が冷たくなったり、痰が増えたりします。

食べたり飲んだりし難くなり、食べられなくなることがあります。

排尿や排便も少なくなることがあります。



数日～数時間前

血圧の低下、心拍数の増加、呼吸のリズムがさらに不規則になったりします。痰が増えたり、からむことで、のど元でゴロゴロと大きな音がすることがあります。

家族の声かけに反応できなくなったり、尿が出なくなることもあります。

手足が紫色になり、膝や足首に斑点が現れることもあります。間隔の長い呼吸になると、「旅立ちの時」が近づいてきます。

状態の変化について心配なことがあれば、医療スタッフに相談しましょう。

ヒント

自分の最期についての意思表示



在宅療養生活では、病状が急変する場合があります。その時に、本人の望まない医療処置（延命処置等）が行われてしまうことがありますので、本人・家族・医療や介護のスタッフと、急変時の対応についてあらかじめ話し合っておくことが重要です。

意思表示の方法の一つとして『エンディングノート』があります。エンディングノートは在宅療養生活を送っていない方でも、いつから書き始めてもよいものです。

ご自身のこれからの人生の過ごし方を考えるきっかけとして、書いてみてはいかがでしょうか。



エンディングノートについては、P16をご覧ください

「自宅で看取る・看取られる」ということ

みなさんが病気を抱えていても「最期まで自宅で暮らしたい」と思ったらまずはご家族、主治医やケアマネジャーと相談をしましょう。訪問診療や訪問看護等の医療や介護サービス等を利用しながら在宅で療養生活を送ることができます。

在宅療養生活を続けていくと、身体機能の低下とともに、いつかは「旅立ちの時」が近づいてきます。自宅で最期まで療養することを選択した場合は、主治医からどのような症状が現れるのか、看取りの際の対応などについて、ご家族と一緒に説明を受けましょう。

旅立ちの時の症状は、人生の幕を引くための準備であり、誰にでも起こり得る自然なことです。ご家族はご本人の意思を尊重しながら、主治医などに相談をし、旅立ちの時までの貴重な時間を、ご本人と一緒に自宅で過ごすという選択ができます。



いざ、看取りになったときは

自宅で看取りを希望する際は、主治医や訪問看護師に、事前に看取りの時の対応について相談をしておきましょう。

ご本人の呼吸が止まりそうになっても（あるいは止まっても）、慌てることはありません。安らかに見送ってあげましょう。

もし、真夜中にお亡くなりになっても、夜が明けてから主治医に連絡しても遅くはありません。ゆっくりとご家族だけの大切なお別れの時間を過ごしてください。心細い場合は、主治医や訪問看護師に連絡しましょう。

ポイント

看取りの時に主治医は立ち会わなくてもいいの？

主治医がご臨終の場に間に合わなくても、これまでの病気の経過が明確で、その病気で亡くなったことが明らかであれば、主治医が到着する前に呼吸が停止しても、法的な問題はありません。（『看取りの際に救急車を呼ばない』ことを確認しておいてください。）

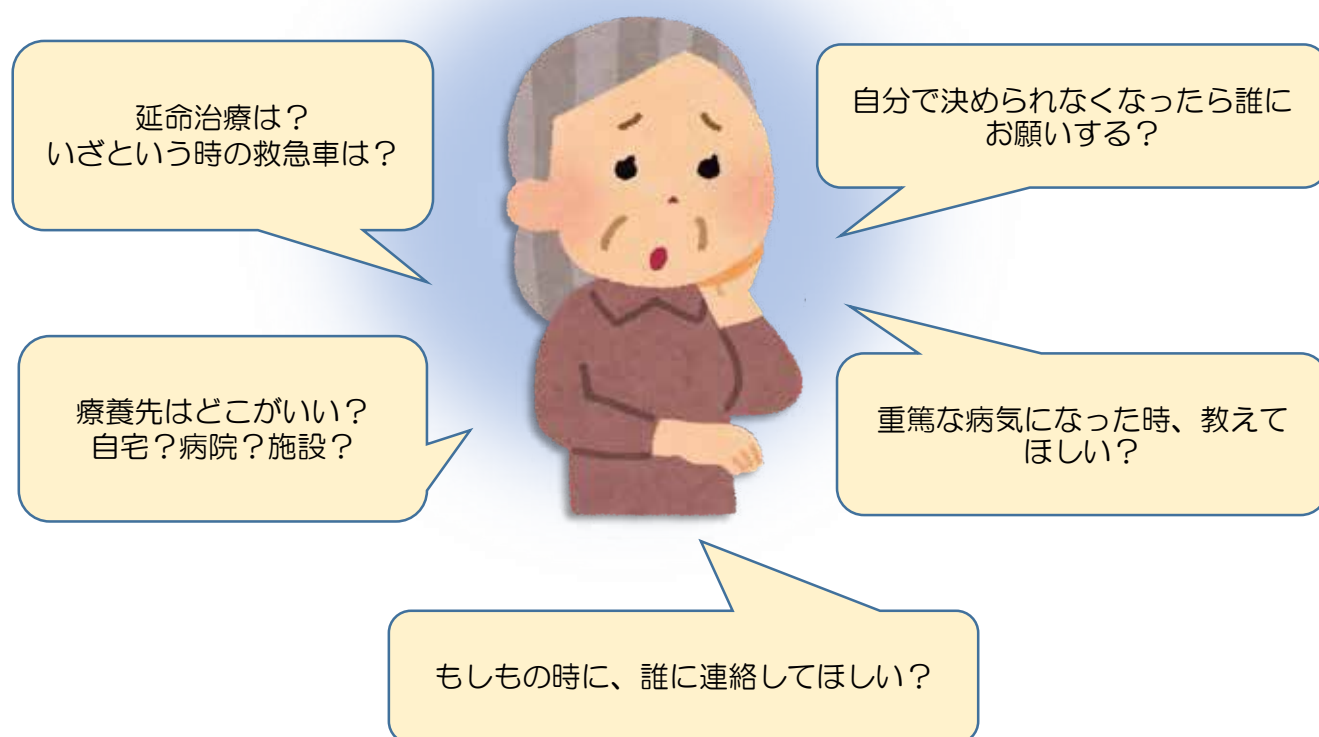
主治医によって死亡診断書が発行されます。

最後まで自分らしくあるために

日頃から、ご家族や親しい人、あるいは身近な主治医などと、人生の最終段階の医療や「旅立ちの時」について話し合い、最期まで自分らしくいられるようにしましょう。

将来、ご自身が病気になり長期療養が必要になったり、介護が必要になった時のご自身の希望や考えを、ご家族や主治医などに事前に伝えることで、あなたや周りの人にとっても満足のいく治療や介護を受けることができます。

人生の最終段階についての希望や考えは、置かれている状況や時間の経過によって変わることがあります。ご家族などと繰り返し話し合い、思いを共有する機会のことを「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」といいます。ご家族などと人生会議をする時間を作ったり、エンディングノートを活用し、人生の最終段階になっても「自分らしく過ごせる」よう、元気なうちから考えておくことが大切です。



人生の最期を、どこで、誰と、どのように過ごしたいかというご本人の希望を叶えるために、医療や介護に関わるさまざまな職種が存在しています。

ご本人の気持ちを尊重し、ご家族と相談しながら最適な選択を考えてみてください。

エンディングノートを書いてみましょう

印西市では、市民のみなさまが住み慣れた地域で、自分らしく生きることの一助となることを願い、「わたしノート～みんなに伝えておきたいこと～」を作成しています。このノートには、「もしものときはこうしてほしい」などのご自身の思いや、ご家族へ伝えたいことなど、もしもの時に自分の意思を伝えるために利用することができます。

エンディングノートは一度書いたら終わりではありません。ご自身の思いや、周りの状況が変わることも考えられます。状況に応じて書き直すことで、今ご自身で考えていることを記しましょう。また、ご家族ともその思いを話し合しましょう。



配布場所：市役所高齢者福祉課窓口
市内の地域包括支援センター
配布対象：おおむね65歳以上の市民
(1人1冊まで)
費用：無料



印西市のホームページから
ダウンロードできます！

大切な人に、自分の思いを伝えておこう！



自宅で療養生活を送る場合、多くの方は在宅医療や介護サービスを利用します。
在宅医療には訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護や薬剤師による訪問薬剤管理指導があり、これらは医療保険（一部介護保険が適用になる場合もあります）で賄われ、ご自身の所得等に応じた自己負担分を支払います。

介護サービスには訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与等様々なサービスがあり、費用は要介護度やサービスの内容によって異なりますが、ご自身の所得等に応じた自己負担分を支払います。

医療も介護も利用する内容等によって負担する金額は変わります。

記載している金額等は一例となります*ので目安としてご覧ください。

利用の際は、医療機関やケアマネジャー等に相談や確認をお願いします。

*令和6年度報酬改定により金額に変動がある場合があります。

訪問診療

月2回自宅で訪問診療を受ける場合と、急変時に往診を受ける場合に必要となる標準的な費用負担の目安です。

負担割合	標準的な負担額	
	訪問診療	往診
1割	約 5,500円/月	720円/回
2割	約11,000円/月	1,440円/回
3割	約16,500円/月	2,160円/回

※訪問診療は月額、往診は1回ごとの料金の目安です。

※訪問診療費は、在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料で算定

※ご本人の病状等によって、別途、必要とされる加算料金や、お薬・検査・指導管理料等の費用、訪問診療に必要な交通費等の費用がかかります。

※訪問診療と往診については、P22にも記載があります。

訪問歯科診療

歯科医による訪問歯科診療を自宅で受けた場合の1回あたりの標準的な費用負担の目安です。

医療保険で利用する訪問歯科診療は、訪問診療費の他に治療費などが必要となります。具体的な内容や金額は、医療機関にお問い合わせください。

保険	標準的な負担額
医療保険（1割負担）	約1,100円/回
医療保険（2割負担）	約2,200円/回
医療保険（3割負担）	約3,300円/回
介護保険（1割負担）	約 520円/回
介護保険（2割負担）	約1,040円/回
介護保険（3割負担）	約1,560円/回

訪問薬剤 管理指導

医療保険・介護保険で訪問薬剤指導を利用する際の、標準的な費用負担の目安です。ご本人の居住地（自宅・施設）や病気、所得等によって費用は変わります。また、お薬代として費用が別途必要です。

保険	標準的な負担額
医療保険（1割負担）	約290円～750円/回
医療保険（2割負担）	約580円～1,500円/回
医療保険（3割負担）	約870円～2,250円/回
介護保険（1割負担）	約344円～607円/回
介護保険（2割負担）	約688円～1,214円/回
介護保険（3割負担）	約1,032円～1,821円/回

訪問看護

週1回、30分以上1時間未満の訪問看護サービスを受ける際に必要となる1か月あたりの標準的な費用負担の目安です。

費用は保険の種類や訪問の頻度、訪問看護ステーションの体制や本人の状況によって必要とされる加算などによって異なりますので、具体的な内容や金額は、事業所にご確認ください。

保険（※）	標準的な負担額
医療保険（1割負担）	約5,140円/月
医療保険（2割負担）	約10,280円/月
医療保険（3割負担）	約15,420円/月
介護保険（1割負担）	約4,100円/月
介護保険（2割負担）	約8,200円/月
介護保険（3割負担）	約12,300円/月

※医療保険：基本療養費・管理療養費・24時間対応体制加算・特別管理加算・情報提供療養費で算定

介護保険：訪問看護費・緊急時訪問看護加算1・サービス提供体制加算Ⅱ1で算定

上記の加算以外にも必要に応じた加算があるのでご注意ください。

医療保険の1か月あたりの自己負担限度額

1か月あたりの自己負担限度額は、加入されている健康保険、所得等によって異なります。

具体的な内容については、国保年金課または加入されている健康保険組合等へお問い合わせください。

保険の種類			自己負担割合	自己負担限度額 外来（個人ごと）
後期高齢者医療制度	所得区分	現役並み所得者 1・2・3	3割	現役並み所得（市民税課税所得が145万円以上）の方は、国保年金課にお問い合わせください
		一般	2割	市民税課税所得が28万円以上の方は、国保年金課にお問い合わせください
		区分 1・2	1割	18,000円 8,000円
国民健康保険			2割 または	国保年金課にお問い合わせください
社会保険			3割	加入している健康保険組合等へお問い合わせください

介護保険の1か月あたりの支給限度額と自己負担額の目安

介護保険サービスは、利用料の1～3割を支払うことで利用できますが、要介護度ごとに、1か月に利用できる金額に上限（支給限度額）が設けられています。

限度額を超えてサービスを利用した分は全額自己負担となります。

具体的な内容については、市で発行している「みんなのあんしん介護保険」をご覧ください。

要介護度	支給限度額	自己負担額 (1割負担の場合)
要支援1	50,320円	5,032円
要支援2	105,310円	10,531円
要介護1	167,650円	16,765円
要介護2	197,050円	19,705円
要介護3	270,480円	27,048円
要介護4	309,380円	30,938円
要介護5	362,170円	36,217円

※表中の自己負担額は1割負担の場合を記載しています。2割・3割負担の方は金額が代わりますので、ご了承ください。



在宅療養を支えるチーム

～在宅で安心して療養するために医療や介護の専門職がチームで支えます～



看護師(訪問)
➡P24. P32



医師(訪問) ➡P22. P29



福祉用具貸与・購入
住宅改修

訪問



歯科医
(訪問)
➡P23. P30



訪問介護



本人・家族



薬剤師
(訪問)
➡P25. P31



訪問入浴



訪問リハビリテーション ➡P26. P32



施設

特別養護老人ホーム(※)
介護老人保健施設(※)
介護医療院(※)
グループホーム
サービス付き高齢者住宅
有料老人ホーム

(※)短期的にも利用できる施設



相談

医療や福祉に関する
相談窓口

地域包括支援センター

➔ P28. P34



ケアマネジャー ➔ P27. P33

在宅療養を支えるチームの要です。
ケアプランの作成やサービス事業者
との調整をします。



医療機関

病院・診療所、歯科・薬局

デイサービス



通所



通所リハビリテーション

医師（訪問診療・往診）



在宅医療は、医師がみなさんの自宅や入居施設に訪問して、診察や治療を行うことです。

定期的に訪問する『訪問診療』と臨時に訪問する『往診』があります。

『訪問診療』とは



通院が困難で、かつ継続的な診療が必要な患者さんに、定期的・計画的に医師がご自宅を訪問し診察します。

通常は月1回～状態に合わせた頻度で定期的に訪問し、診察・治療・薬の処方・療養上の相談・指導を行います。

『往診』とは



急な病状変化（発熱等）に対し、訪問診療とは別に、患者さんやご家族からの要請に基づき、不定期に行われる在宅医療です。

訪問診療や往診を利用するには？

訪問診療などの利用を希望する場合は、まずはかかりつけ医にご相談ください。
かかりつけ医が訪問診療に対応していない場合は、担当のケアマネジャーや地域包括支援センターなどにご相談ください。

歯科医師（訪問歯科）



訪問歯科診療とは、通院ができない方に対して歯科医師や歯科衛生士がみなさんのご自宅を訪問し、治療や指導等を行うことです。

『訪問歯科診療』とは



歯科医院で行っている「虫歯や歯周病の治療」「入れ歯の製作・調整」や「口腔ケア」をご自宅で行います。治療を行うことで、よく噛んで食べられるようになります。

また、お口の中をきれいにすることで、虫歯や歯周病、誤嚥性肺炎等のリスクを低下させることができます。



食べ物を飲み込んだりすることが難しい方に対し、摂食嚥下障害の場合には、その程度を評価した上で、食べやすい・飲み込みやすい食事についてのアドバイス等を行います。

なお、口腔ケア及び摂食嚥下障害の評価・治療は、全ての歯科医院で受けられるものではありませんので、かかりつけの歯科医院でご確認ください。

訪問歯科を利用するには？

訪問歯科の利用を希望する場合は、まずはかかりつけ歯科医にご相談ください。

かかりつけ歯科医が訪問診療に対応していない場合は、地域包括支援センターやケアマネジャーにご相談ください。

看護師（訪問看護）



訪問看護とは、訪問看護ステーションなどから、主治医の指示を受け、看護師・保健師がみなさんのご自宅を訪問し、療養上の看護や、必要な診療の補助を行います。

『訪問看護』とは

- 健康状態の観察（血圧、体温、脈拍、呼吸等の病状チェックと体調管理）
- 日常生活の看護（身体の清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄のケア等）
- 医療処置（床ずれ・経管栄養・人工肛門・膀胱留置カテーテルの管理、点滴、注射、服薬管理等）
- 医療機器の管理（在宅酸素療法、人工呼吸器等の管理、腹膜透析の管理）
- リハビリテーション（日常生活の動作の訓練、指導）
- 精神疾患や認知症の看護（服薬管理、家族の介護の相談、介護方法のアドバイス等）
- 終末期の看護（看取りまで自宅で過ごすための支援、看取りのケア等）
- 介護者の相談・支援（専門的な知識からの様々な相談対応等）
- 緊急時の対応

訪問看護を利用するには？

訪問看護は医療保険・介護保険で利用することができますが、いずれも医師の「指示書」が必要です。利用を希望する場合は、主治医、地域包括支援センター、ケアマネジャー、または直接、訪問看護ステーションにご相談ください。

入院中の方は、病院の地域連携室（病院によって名称が違います）にご相談ください。

薬剤師（訪問薬剤管理指導）



訪問薬剤管理指導とは、薬剤師が直接ご自宅に伺って、薬に関する不安や疑問を解決し、薬を正しく飲めるようにお手伝いをすることです。

医師から処方された薬を正しく服用することが大切です。

『訪問薬剤管理指導』とは

1. 薬剤管理：薬の服用歴を管理します。
2. 服薬指導：薬の服用方法・効能効果について指導します。
3. 薬剤の服薬状況の確認：服用できているかどうか確認し、服用できていない場合はその理由を確認します。
4. 保管状況及び残薬の有無の確認：保管場所が適切であるか、また残薬がどれくらいあるかを確認します。
5. 服薬支援：服薬しやすいように工夫するお手伝いをします。



訪問薬剤管理指導を利用するには？

訪問薬剤管理指導の利用を希望する場合は、普段からお薬をもらっている薬局の薬剤師にご相談ください。

かかりつけ薬局が訪問薬剤管理指導に対応していない場合は、地域包括支援センターやケアマネジャーにご相談ください。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 (訪問リハビリテーション)



訪問リハビリとは、リハビリ専門職がみなさんのご自宅を訪問し、ご自宅で生活するための、リハビリ支援を行います。

『理学療法士の訪問』



脳血管疾患等の病気や、骨折等のケガをした方に、歩行やトイシなどの日常動作の訓練や、改善のための取り組みを行います。また、ご自宅での動作がしやすくなるための環境整備についてアドバイスや社会参加の促進を行います。

『作業療法士の訪問』



様々な理由で身体や心に障がいのある方に、身の回りの動作や家事動作、社会への参加等を目指し、練習を行います。さらに、ご自宅で生活がしやすいよう、ご家族に介助方法を指導するなど支援を行います。

『言語聴覚士の訪問』



様々な理由で言語（話すこと）や嚥下（飲み込むこと）に障がいのある方に、障がいのある機能の評価に基づき、機能の維持向上のための検査や訓練等を行います。さらに、ご自宅で生活しやすいよう、ご家族に介助方法を指導するなど支援を行います。

訪問リハビリテーションを利用するには？

訪問リハビリは医療保険・介護保険で利用することができますが、いずれも主治医の「指示書」が必要です。利用を希望する場合は、主治医、地域包括支援センター、ケアマネジャーにご相談ください。

介護支援専門員（ケアマネジャー）



ケアマネジャーは介護が必要な人と、医療・介護サービス等や地域の資源とをつなぐ役割を担います。

要介護・支援の認定を受けた人が望む療養ができるように、ケアプランを立案します。

ケアマネジャーの役割

1 『利用者の状態と課題の把握』

ご本人やその家族から話を聞き、状態の把握と困りごとの整理を行い、今後の生活を一緒に考えます。療養生活に必要なことや、できることとできないことは何か等について確認をします。

2 『ケアプランの作成』

ご本人の状態や介護度に合わせて、療養のために必要なサービスを検討し、ご本人の能力に応じ、できるだけ自立した生活を送れるように生活の目標を確認し、ケアプランを作成します。

3 『サービスの調整』

サービス事業者やご本人、ご家族、主治医等の療養に関わる関係者を集めて支援の内容を具体的に話し合います。

サービス開始後も、ご本人の状態やご家族の状況に合わせてケアプランの見直しを行ったり、定期的にご本人のご自宅を訪問し、相談支援を行います。

ケアマネジャーに相談するには？

担当のケアマネジャーを決めることが第一歩です。居宅介護支援事業所に連絡をして、相談してみましょう。

居宅介護支援事業所の連絡先は、市が介護認定の結果の通知に同封したものをご確認いただくか、市のホームページまたはP 33をご覧ください。

地域包括支援センター

保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等の専門職が配置されています。
高齢者の方はもちろん、そのご家族などもご相談いただけます。

在宅療養について、まず、どこに相談したらよいかわからないときなどは、
お気軽に地域包括支援センターにご相談ください。



地域包括支援センターの役割

1 『総合相談』・・・相談や悩みをお伺いします

高齢者のみなさんやご家族、地域の人からの相談をお伺いし、必要な情報の提供やサービスの紹介などを行います。介護や健康、医療や福祉のことだけでなく、生活全般についてのご相談も伺い、必要に応じて適切な機関につなぐお手伝いもします。

2 『権利擁護』・・・高齢者の権利を守ります

高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう、成年後見制度の紹介や虐待の早期発見、消費者被害の未然防止等の相談に応じます。また、必要に応じて専門機関を紹介します。

3 『包括的・継続的ケアマネジメント支援』・・・地域の連携・協力体制を支えます

高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、ケアマネジャーの指導・支援や、医療機関等の関係機関とのネットワークづくり等、地域の様々な機関と連携・協力できる体制づくりに取り組みます。

4 『介護予防ケアマネジメント』・・・自立した生活の支援を行います

高齢者のみなさんが、自立した生活が送れるよう、生活やサービスの利用等について提案・紹介するほか、要支援1・2の人と、介護予防・生活支援サービス事業対象者のうちで必要な人に対しては、ケアマネジメントを行い、自立支援に基づく介護予防ケアプラン等を作成します。

在宅療養の相談先一覧

相談先一覧は、本誌への掲載に同意した医療機関等の情報を掲載しています。

訪問診療等を行う全ての医療機関の情報が掲載されているわけではありませんのでご了承ください。



医療機関によって訪問を実施している曜日や時間が異なります。

また、病状によっては対応できない場合もあります。訪問を希望される場合は、主治医や担当のケアマネジャーなどにご相談ください。

訪問診療や往診を行う医療機関

《印西市の市外局番：0476》

	名称	住所	電話	訪問診療	往診	条件など
市内	安孫子内科胃腸科クリニック	大森 3417-2	42- 2649	○	○	*月・火・木の13時～14時30分 (終末期緩和ケアは24時間対応可能) *事前に連絡必要 *当院から車で片道15分以内 *往診は当院通院中の方のみ *家族の協力が得られる方
	いんざいさくらクリニック	原1-2 (ビッグ ホップ内)	85- 4700	○		*月・水・木・金・土(曜日によって時間が異なるため要相談) *電話で相談後、来院して初回面談
	印西総合病院	牧の台 1-1-1	33- 3000	○		*火・水の9時～12時 *当院より退院された方
	千葉新都市ラーバンクリニック	草深138	40- 7711	○		*併施設設入所者のみ対応
	千葉ニュータウンクリニック	内野 1-5-1	46- 4744		○	*月・火・水・金・土の13時30分～18時 *当院に継続通院中の方のみ *ALSや気管切開の方は対応困難
	奈良整形外科	草深 1204-4	46- 9011	○	○	*木曜日の9時～12時(その他、昼休み時間) *本人や家族が来院の上、相談
市外	八千代有床診療所	八千代市緑 が丘西3- 13-21	047- 411- 6020	○	○	*月曜日～土曜日の9時～17時 *事前に連絡必要
	ふたば在宅クリニック佐倉院	佐倉市王子 台1-22- 13 1F	043- 290- 9700	○	○	*月曜日～金曜日の9時30分～12時・13時 30分～17時 *ケアマネジャーや訪問看護経由で相談後、来院して初回面談(あれば当院に紹介状を)
	セコメディック病院	船橋市豊富 町696-1	047- 457- 9900	○	○	*月曜日～金曜日 *事前に当院の相談員に連絡後、来院して面談 *人工呼吸器使用中の方は対応困難
	ふじホームクリニック	八千代市勝 田台2- 43-1	050- 5318- 6480	○	○	*月曜日～金曜日の9時～17時 *事前にFAX・ホームページ・電話で相談 (FAX:050-5526-5101)
	おうちde診察クリニック成田	成田市玉造 3-5-1	0476- 37- 6930	○	○	*月曜日～金曜日の9時～18時(土日祝は契約 患者で24時間対応) *事前に連絡必要 *印西市の一部(当院から直線16km内)のみ
	平和台病院在宅センター 訪問診療室	我孫子市布 佐834- 28	04- 7189- 1121	○		*月・火・水・金の9時30分～12時・13時～ 15時30分(月2回以上) *印西市の一部(要相談) *24時間対応の訪問看護の利用が必要

訪問歯科診療を行う歯科医院

《市外局番：0476》

名称	所在地	電話	条件など
いづか歯科 クリニック	草深 2419-9	47-1179	*電話予約後、当院ホームページにある申込書に記入 *訪問可能地区：千葉ニュータウンエリア
うちだ歯科	大森 2454-3	36-7887	*昼休み前後（11時30分～12時30分）のみでの対応のため、急患の対応は困難
コスモス三国歯科	大森 2552-9	42-0008	
西の原歯科 クリニック	西の原 3-11	46-1818	*訪問可能地区：当院から車で15分以内
川村歯科医院	小林浅間 1-3-7	97-1001	
日本医科大学 千葉北総病院 （歯科）	鎌苅 1715	99-1111	
ほりえ歯科医院	結縁寺 525-3	46-8889	*当院に受診歴のある方のみ
ニュータウン 中央歯科室	中央北 2-1-3	0120-152- 589 （フリーダイヤル）	*電話予約後、当院ホームページにある申込書に記入 （FAXでの申込書送付も可能） *訪問可能地区：当院から16km圏内
千葉ニュータウン 中央つきのわ歯科	中央南 2-2-1-2F	37-8456	*当院に継続通院中の方のみ
千葉ニュータウン デンタルクリニック	内野 1-5-4	85-8977	

お住まいの地区等によっては対応できない場合があります

歯科医院によって訪問を実施している曜日や時間も異なります。

また、病状によっては対応できない場合もありますので、訪問を希望される場合は、歯科医院や担当のケアマネジャーなどにご相談ください。



訪問薬剤管理指導を行う薬局

《市外局番：0476》

名称	所在地	電話	条件など
アイセイ薬局 印西牧の原店	牧の台1-1-2	40-0710	
アイン薬局 日本医大北総店	鎌苅1715	85-6966	
アサヒ薬局 印西店	内野1-5-7	40-7225	
アサヒ薬局 竜腹寺店	竜腹寺349-5	37-7707	*訪問可能地区：おおむね15km以内
あやめ薬局 西の原店	西の原3-12-2	37-8539	
イオン薬局千葉ニュー タウン店	中央北3-1-1	48-5801	
コスモス薬局	小林北2-5-17	97-3331	
そうごう薬局 印西牧の原店	原1-2 ビッグホップ ガーデンモール印西	33-7621	
ひまわり薬局 高花店	高花5-5-9	48-4550	
フラワー薬局千葉ニュー タウン中央店	中央北2-1-3	36-5222	*メディカルケアステーション（SNS）で の受付も可能
ヤックスドラッグ印旛 日本医大駅前薬局	舞姫1-5-1	80-3551	
いちのみや薬局 印西店	西の原5-12-1	36-8866	
薬局くすりの福太郎 ニュータウンメディカ ルモール店	中央北1-1 APOLOPLANTMALL 2F	37-4429	
中央ダルマ薬局	中央南1390-1	46-2525	*LINEでのご相談も可能

処方内容・お住まいの地区等によっては対応できない場合があります。

薬局によって訪問を実施している曜日や時間も異なります。

訪問を希望される場合は、主治医や薬局、担当のケアマネジャーなどにご相談
ください。



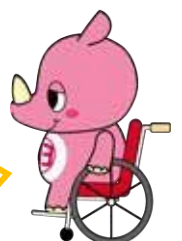
訪問看護・訪問リハビリテーションを行う事業所

《市外局番：0476》

名称	所在地	電話	サービス種別		保険		条件など
			訪問看護	訪問リハビリ	医療	介護	
オネスト訪問看護 リハビリステーション	中央北 1-3-3- 105	48- 1550	○	○	○	○	*月曜日～金曜日の 9時～17時 *24時間対応あり (要相談)
印西総合病院	牧の台 1-1-1	33- 6263		○		○	*日曜日以外の9時 ～12時・13時～ 17時
セコメディック病院 訪問リハビリテーション 印西サテライト	大森 2550-1- 201	42- 6125		○	○	○	*月曜日～土曜日の 9時～12時・13 時30分～17時
だいそう訪問看護 リハビリステーション 印西	木下 1678-1- 101	36- 8467	○	○	○	○	*月曜日～金曜日の 8時30分～12 時・13時～17時 30分
千葉新都市 ラーバンククリニック	草深 138	40- 7716		○		○	*対応可能な曜日や 時間帯は要相談
訪問看護ステーション あやめ印西(精神科特化)	小林 1606-6 -101	80- 8005	○		○		*月曜日～土曜日の 9時～18時 *今後、精神科受診 の方など要相談
訪問ステーション てとてと印西	牧の台 1-1-1	85- 6020	○	○	○	○	*毎日、8時30分～ 17時30分 *24時間対応あり (要相談)
(有)フレンズ印西 訪問看護	草深 2302-3	48- 1575	○		○	○	*月曜日～金曜日の 8時30分～12 時・13時～16時 30分(土日祝・夜 間は要相談)
ドットライフ 八千代サテライト 千葉ニュータウン (訪問看護・リハビリ)	滝野 2-2-10	36- 8020	○	○	○	○	*月曜日～金曜日の 9時～18時 *24時間対応あり (要相談)
ラビッツ訪問看護印西	木下 1521- 140-302	070- 9058- 2904	○	○	○	○	*月曜日～金曜日の 8時30分～16時 30分(土日祝は要 相談)

訪問看護や訪問リハビリテーションを利用するためには、医師の指示が必要です。

利用を希望される場合は、主治医や担当のケアマネジャーにご相談ください。



居宅介護支援事業所

要介護認定を受け、介護サービスを利用する場合に相談・支援を行う介護支援専門員（ケアマネジャー）がいる事業所です。

《市外局番：0476》

名 称	所在地	電話番号
ゆかり印西介護相談室	木下1649	36-5585
社会福祉法人印西市社会福祉協議会	竹袋614-9	42-0294
ホワイトヴィラ印西指定居宅介護支援事業者	内野1-7-1	37-7143
在宅介護支援センターヴィラ大森	大森2218-1	42-8800
ケアサポート印西居宅支援事業所	大森2550-10	49-4551
居宅介護支援事業所きはら	大森3349	55-3336
JA西印旛介護サービス居宅介護支援事業所	大森3546-9	42-1312
居宅介護支援事業所みどり荘	竜腹寺342-2	36-4555
秋桜居宅介護支援事業所	小林1191-1	97-5566
ケアプランセンターはるかぜ	小林1621-12	97-4320
けあぷらん宝	木下1386印西ビジネスセンター2階8号	37-5804
居宅介護支援事業所ハッピーデイ	小林3354-2	37-5034
印西居宅介護支援センター	牧の台1-1-2	85-7861
ケアプランナー会	内野2-6-34-508	46-7075
居宅支援本舗千葉ニュータウン	戸神台2-16-7	37-5078
居宅介護支援事業所ハートヴィレッチ	武西1269-1	47-2269
千葉新都市ラーバンククリニック	草深138	40-7710
居宅介護支援事業所印西	草深225-5	40-6156
フレンズ印西居宅介護支援センター	草深2302-3	48-1575
ペブル居宅介護支援センター	牧の原1-3	48-7220
居宅介護支援事業所いずみ	平賀学園台3-2-13	98-3506
プレーグ本埜居宅介護支援事業所	牧の原1-3	85-5777
やまと居宅介護支援事業所	原山1-1-1	45-1436

地域包括支援センター

印西市内に5か所の地域包括支援センターを設置しており、5か所の圏域包括の統括・支援を、市役所高齢者福祉課包括支援係が行います。

お住いの地区を担当する地域包括支援センターについては、下記の一覧をご覧ください。

圏域	地区	担当地域包括支援センター・連絡先
北部	木下・木下南・竹袋・別所・宗甫・木下東 平岡・小林・小林北・小林浅間・小林大門下 大森・鹿黒・鹿黒南・亀成・発作・相嶋 浅間前・浦部・浦部村新田・白幡・浦幡新田 高西新田・小倉・和泉・牧の台	印西北部地域包括支援センター 大森2551-4 TEL：85-4085
南部※	小倉台・大塚・牧の木戸・木刈・武西学園台 戸神台・中央北・中央南・内野・原山・高花	印西南部地域包括支援センター 中央北1-469 アルカサル内 TEL：37-3120 【移転先予定】R7.4～ 中央駅前地域交流館隣接新施設
船穂※	武西・戸神・船尾・松崎・松崎台・結縁寺 多々羅田・草深・東の原・西の原・原・泉・泉野	船穂地域包括支援センター 高花2-1-5 保健福祉センター内 TEL：29-4001 【移転先予定】R7.4～ 草深924 そうふけふれあいの里内
印旛	瀬戸・山田・平賀・平賀学園台・吉高・萩原 松虫・岩戸・師戸・鎌苅・大廻・造谷・つくりや台 吉田・美瀬・舞姫・若萩	印旛地域包括支援センター 美瀬1-25 印旛支所分庁舎内 TEL：33-7062
本埜	中根・荒野・角田・竜腹寺・惣深新田飛地・滝 物木・笠神・行徳・川向・下曾根・中・萩埜 桜野・押付・佐野屋・和泉屋・甚兵衛・立埜原 松木・中田切・下井・長門屋・酒直ト杭・ 安食ト杭・将監・本埜小林・滝野・みどり台・牧の原	本埜地域包括支援センター 笠神2587 本埜支所内 TEL：85-4845

《営業日／営業時間》月曜日～金曜日（祝祭日・12/29～1/3を除く）／8：30～17：15

※移転予定のある地域包括支援センターです。

最新の住所・連絡先は、市のホームページなどでご確認ください。



市のホームページ
『地域包括支援センター』