

**多野藤岡地域における
「退院調整ルール」の手引き
(病院・在宅連携)**

令和2年3月一部改正

目次

1	本手引きの作成にあたって	P 1
2	本手引きのねらい	P 1
3	本手引きを使用する機関	
4	「退院調整ルール（病院・在宅連携）」の策定に向けた検討・協議の経過	P 1
5	退院調整の手順	
A	【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）	P 2
	（1）入院時	
	（2）退院調整の開始	P 3
	（3）退院前カンファレンス（1回目）	
	（4）退院前カンファレンス（できれば2回目）	
	（5）退院時の共同指導	
	（6）退院時引継情報	
	（7）退院後	
B	【入院後、新たに介護保険を利用する場合】	P 4
	（入院前にケアマネがいない患者の場合）	
	（1）退院調整の開始	
	（2）在宅担当者への連絡	
	1）65歳以上の患者の場合	
	2）40歳以上65歳未満の患者の場合	P 5
	（3）退院前カンファレンス（1回目）	
	※ 介護保険申請の手続き方法	
6	居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 連絡先一覧	P 6
7	退院調整におけるケアマネジャーの役割	P 7
8	ケアプラン作成の流れ	P 7
9	ケアマネジャーの業務	P 8
10	入退院調整のための病院相談窓口等一覧	P 10
様式1-1	入院時情報提供シート	P 11
様式1-2	入院時情報提供書(国の標準様式)	P 13
様式2	退院調整共有情報シート	P 15
【参考資料】		
	連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧	P 16

多野藤岡地域

「退院調整ルール（病院・在宅連携）」の手引き

1 本手引きの作成にあたって

医療機関から在宅へ、介護・支援が必要な患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。

しかし、平成28年1月に実施した多野藤岡地区のケアマネジャーを対象とした「退院調整に関するアンケート調査」において、33.9%（要支援：42.9%、要介護：32.7%）の退院調整もれがあることがわかりました（平成27年12月1か月間の退院事例）。

このようなことから、本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。

また、本手引きは、よりよい連携を目指して必要時に改訂をします。

2 本手引きのねらい

退院支援がなかったために、退院後困ったことになった患者さんや家族がいます。

そのような事例を少なくするために、要介護・要支援者に対して医療と介護の関係者が連携する目安として「退院調整ルール」の実践に努めましょう。

3 本手引きを使用する機関

多野藤岡地域（藤岡市、上野村、神流町）の病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

4 「退院調整ルール（病院・在宅連携）」の策定に向けた検討・協議の経過

多野藤岡地域の医療・介護の関係者が、介護・支援が必要な住民の退院及び入院に関して円滑な調整と連絡ができる体制を実現するため、次のとおり検討と協議を積み重ね、多野藤岡地域の「退院調整ルール」を策定しました。

実施日	会議名称	実施場所	出席者
平成28年6月10日	全県病院会議	市町村会館	284名
7月19日	第1回ケアマネ会議	藤岡商工会議所	77名
8月17日	第2回ケアマネ会議	〃	65名
9月21日	第1回ケアマネ代表者会議	藤岡保健福祉事務所	24名
10月19日	第1回病院・ケアマネ代表者会議	藤岡市役所	41名
11月11日	5病院連絡調整会議 (※公立藤岡総合病院主催)	公立藤岡総合病院	14名
11月17日	第3回ケアマネ会議	藤岡商工会議所	62名
〃	第2回ケアマネ代表者会議	〃	24名
12月18日	第2回病院・ケアマネ代表者会議	藤岡市役所	35名
平成29年2月20日	病院・ケアマネ全体会議	藤岡市役所	79名

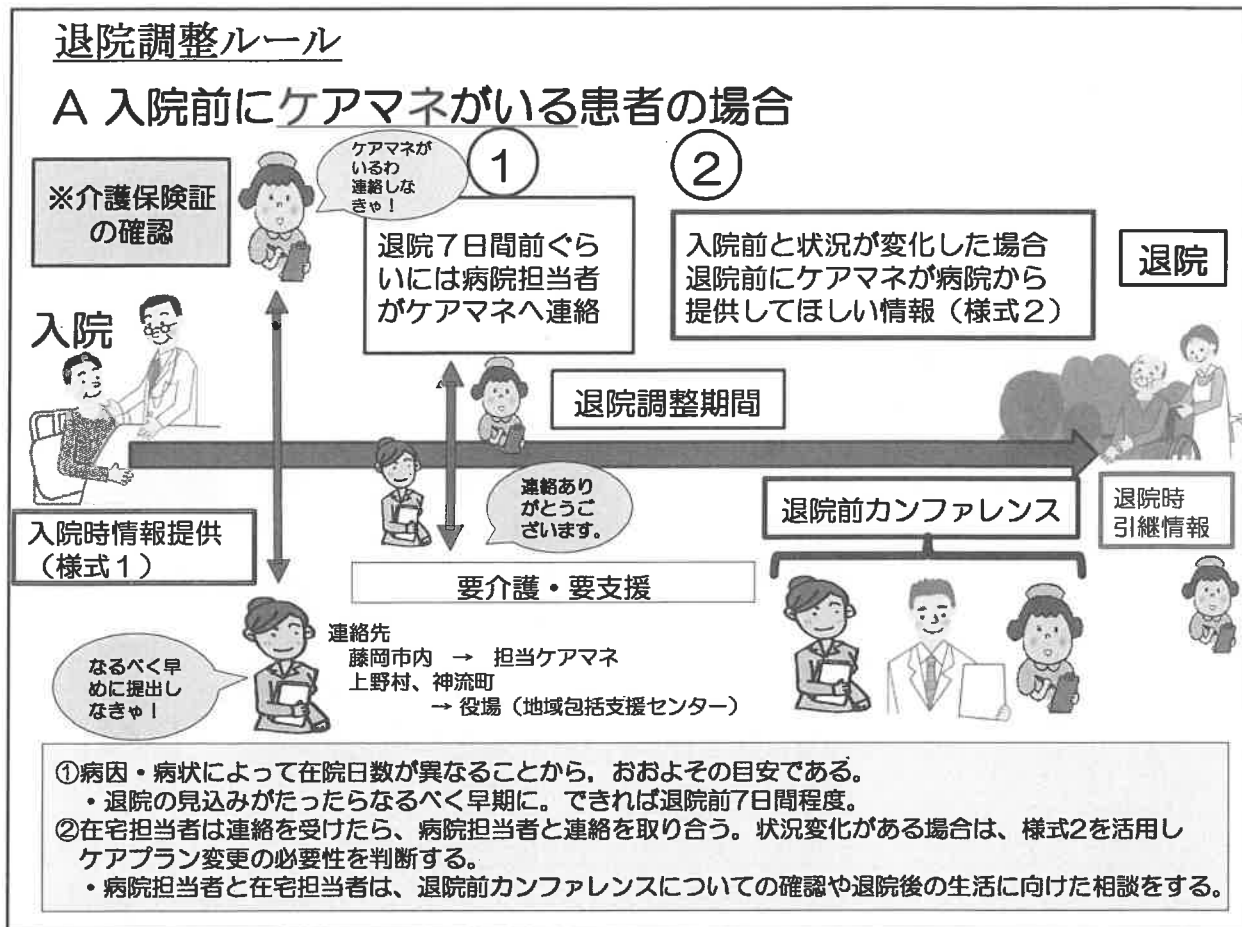
※参加者

- ・医療関係者 藤岡多野医師会、5病院の地域連携室担当者、看護部長、看護師長、事務担当者等
- ・介護事業者 32居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- ・市町村等 藤岡市、上野村、神流町、地域包括支援センターの担当者
- ・群馬県 地域包括ケア推進室、藤岡保健福祉事務所の関係者
- ・オブザーバー 児玉郡市介護支援専門員連絡会

5 退院調整の手順

☆患者が入院してきたら、病院では、介護保険証を確認する。

A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）



(1) 入院時

① ケアマネジャー・地域包括支援センター（以下、在宅担当者）は、普段から家族に「入院したら電話を下さい」と依頼をしておき、在宅担当者の情報が伝わる工夫をしておく。

■工夫■

- ・健康保険証と介護保険証を一緒に保管し、介護保険証に担当ケアマネの名刺を挟んでおき、入院時に介護保険証も一緒に病院に提示することをケアマネから利用者及び家族に依頼する。
- ・介護保険証に担当する事業所の電話番号を利用者及び家族の同意を得て記入しておく。

② 病棟看護・地域連携室の退院担当者（以下、病院担当者）は、家族又は介護保険証から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に連絡するよう依頼する。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡する。

③ 在宅担当者は本人の入院を把握したら、病院に入院時情報提供シート（別紙様式1-1）等※1をできるだけ担当窓口を持参する。必要に応じて病院が指定するFAXに送信する。

■FAX送信の留意点■

- ・病院の指定する対応窓口へFAXを送る旨電話連絡を入れ、FAX番号を確認の上、送信する。
- ・病院担当者は、FAXを受け取ったらその旨ケアマネに電話連絡

※1：国の標準様式である「入院時情報提供書」（別紙様式1-2）を含む。

(2) 退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間「概ね7日間」）を考慮して、在宅担当者に連絡する。

(3) 退院前カンファレンス(1回目)

- ① 病院担当者は、入院前と状況が変化した場合、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(別紙様式2：退院調整共有情報シート)を院内の関係者から収集し、在宅担当者に提供する。
- ② 病院担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明する。
- ③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

(4) 退院前カンファレンス(必要があれば 2回目)

病院担当者と在宅担当者は、本人(家族)を交えて看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

※ 詳細な実施方法は各病院の指示に基づく。

(5) 退院時の共同指導【実施の要否は病院担当者が決定する】

入院中の患者に対して、入院中の病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員うち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。

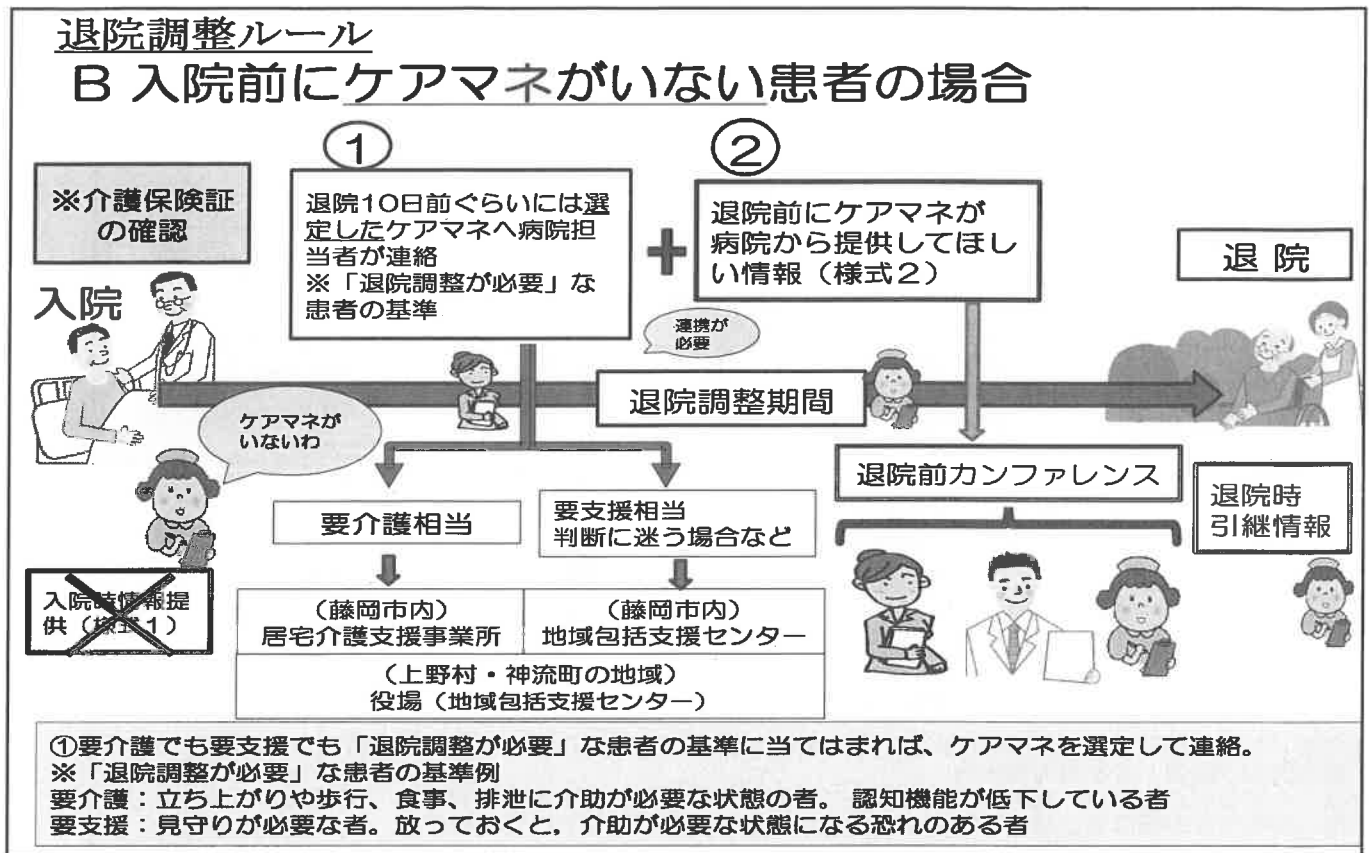
(6) 退院時引継情報

- ① 病院担当者は、看護・介護の引継情報(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容等)を在宅担当者に提供するように努める。
- ② 在宅担当者は、上記情報を把握するように努める。

(7) 退院後

在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】（入院前にケアマネがない患者の場合）



(1) 退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で退院調整に必要な期間（介護保険申請、暫定ケアプランの作成、サービス事業所との調整期間：「概ね10日間」）を考慮して、退院調整を開始する。

(2) 在宅担当者への連絡

病院担当者は、「在宅可能」と判断したら、下記の基準により在宅担当者へ連絡を入れる。選定したケアマネに様式2を送付する。

1) 65歳以上の患者の場合

退院調整が必要な患者の基準（要介護認定されていない患者）

I 藤岡市内に居住する場合

(ア) 必ず退院調整が必要な患者（「要介護」相当）

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要
- ②食事に介助が必要
- ③入浴や排泄に介助が必要な方（ポータブルトイレを使用中を含む）
- ④日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状のある方

1項目でも当てはまれば（さらに重度も含めて） ⇒ 居宅介護支援事業所へ連絡

(イ) それ以外で見逃していけない患者（「要支援相当」の一部）

- ①在宅では、独居かそれに近い状況で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ②（ADLは自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）が追加された方 ⇒ 地域包括支援センターへ連絡

(ウ) 迷った場合や、

上記（ア）（イ）に該当するが、本人・家族が希望しなかった等、困ったとき

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

Ⅱ 神流町、上野村に居住する場合

(ア) 要介護相当の場合

◆病院 → 役場（地域包括支援センター）

(イ) 要支援相当の場合

◆病院 → 役場（地域包括支援センター）

(ウ) 判断に迷う場合など → 居宅介護支援事業所

◆病院 → 役場（地域包括支援センター）

2) 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）で、かつ、前ページの（ア）または（イ）の退院調整が必要な患者の基準であった場合

【介護保険の対象となる疾病】

（40歳以上65歳未満）

- ①がん末期 ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥初老期における認知症
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症
- ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患
- ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(3) 退院前カンファレンス(1回目)

- ① 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン作成に必要な情報（別紙様式2：退院調整共有情報シート）を院内の関係者から収集し、連絡と同時に退院調整共有情報シートを在宅担当者に提供する。
- ② 在宅担当者は、家族と連絡を取り、早急に病院担当者と面談の機会を作る。介護保険制度やサービスの利用に関する説明をし、退院後の生活に向けて調整を始める。
- ③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

※ 以降の流れは、入院前に介護保険を利用していた場合の（4）以降と同じ。

※ 介護保険要介護（支援）認定申請の手続き方法

要介護（支援）認定の申請を希望する場合、

- ・ 患者が65歳以上の場合→家族等が介護保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。
- ・ 40歳以上65歳未満の場合→家族等が医療保険証等をもって市町村の担当課へ手続きに行く。
- ・ 申請は在宅担当者が代行可能

6 多野藤岡地区の居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

(1) 居宅介護支援事業所

H30.1.31 現在

整理番号	名称	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号
1	居宅介護支援事業所こでまり	375-0011	藤岡市岡之郷556番地2 A105号	0274-25-8402	0274-25-8403
2	居宅介護支援事業所つくし	375-0011	藤岡市岡之郷800番地2	0274-50-8316	0274-20-2202
3	伸和会 つどい(岡の郷)	375-0011	藤岡市岡之郷字温井12番地の4	0274-40-3400	0274-40-3403
4	藤岡みどり訪問看護ステーション	375-0017	藤岡市篠塚103番地4	0274-22-7462	0274-24-1880
5	医療法人育生会	375-0052	藤岡市下大塚東イツナ525番地	0274-23-9261	0274-24-1880
6	八塩温泉湯ざくらケアプランセンター	370-1401	藤岡市鬼石1029番地2	0274-50-8111	0274-50-8103
7	藤岡市介護老人保健施設鬼石	370-1401	藤岡市鬼石139番地1	0274-52-3666	0274-20-3081
8	ケアプランセンターオアシス	370-1405	藤岡市三波川1215-2	0274-52-3975	0274-20-3864
9	リパティハウスふじおか	375-0013	藤岡市上戸塚101番地3	0274-40-2171	0274-40-2172
10	接骨師介護センター西部	375-0057	藤岡市上落合523番地11	0274-24-5735	0274-24-5735
11	居宅介護支援事業所みたけ	370-1406	藤岡市浄法寺1881番地6	0274-52-2231	0274-52-6446
12	ケアプラン すまいる	375-0053	藤岡市中大塚302-1	0274-25-8471	0274-25-8702
13	居宅介護支援 ちとせ	375-0005	藤岡市中158-2	0274-25-8976	0274-25-8977
14	居宅介護支援事業所 ナイスデイ	375-0015	藤岡市中栗須238番地1	0274-22-1336	0274-22-7955
15	介護老人保健施設しらさぎの里	375-0015	藤岡市中栗須519-2	0274-24-6633	0274-24-6634
16	藤岡市社会福祉協議会栗須	375-0015	藤岡市中栗須531	0274-22-6478	0274-24-7008
17	みやび会 ふじの里	375-0053	藤岡市中大塚880番地	0274-24-6666	0274-24-6668
18	居宅介護支援センター花あかり	375-0024	藤岡市藤岡1415-1	0274-22-8824	0274-22-7121
19	きびな介護支援センター	375-0024	藤岡市藤岡2129番地7	0274-50-8864	0274-50-8865
20	山紫会 音和の園介護支援サービスセンター	375-0024	藤岡市藤岡2874番地2	0274-24-2095	0274-24-2024
21	居宅介護支援事業所 もも	375-0024	藤岡市藤岡2987番地	0274-24-1232	0274-22-5958
22	三思会 くすの木病院	375-0024	藤岡市藤岡611-1	0274-40-7100	0274-24-2630
23	在宅介護藤岡居宅介護支援	375-0014	藤岡市藤岡下栗須1129-5 フェハイツ102号	0274-40-2517	0274-40-2518
24	居宅介護支援事業所まほろば	375-0024	藤岡市藤岡字高崎道西1019番2	0274-40-2022	0274-40-2018
25	居宅介護支援センター花ぐるま	375-0055	藤岡市白石1259番地2	0274-50-8651	0274-50-8654
26	居宅介護支援事業所 すみれ	375-0024	藤岡市藤岡758番地11	0274-50-8522	0274-50-8523
27	尚久居宅介護支援事業所 藤岡	375-0057	藤岡市上落合359-1	0274-50-8240	0274-50-8241
28	ファイン居宅介護支援事業所	375-0024	藤岡市藤岡2862	0274-22-2221	0274-22-2226
29	居宅介護支援センター こばと	375-0024	藤岡市藤岡2061-1 コイケタウンハイツ101	0274-50-8370	0274-50-8371
30	上野村社会福祉協議会	370-1616	多野郡上野村乙父630番地の1	0274-59-2592	0274-59-2058
31	神流町社会福祉協議会	370-1602	多野郡神流町神ヶ原430番地1	0274-58-2781	0274-58-2791
32	居宅介護支援センターやまの花	370-1504	多野郡神流町万場207番地	0274-20-5151	0274-57-3939
33	居宅介護支援事業所ゆい	375-0024	藤岡市藤岡2268番地1	0274-50-8842	0274-50-8843

(2) 地域包括支援センター

整理番号	名称	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号
1	藤岡市地域包括支援センター	375-8601	藤岡市中栗須327	0274-22-1211	0274-40-2196
2	上野村地域包括支援センター	370-1616	多野郡上野村乙父630-1	0274-59-2309	0274-59-2320
3	神流町地域包括支援センター	370-1602	多野郡神流町神ヶ原427-1	0274-58-2933	0274-58-2578

7 退院調整におけるケアマネジャーの役割

- (1) 対象者：介護（要支援）認定を受けている人・見込みの人、「総合事業」対象者
- (2) 条件：本人・家族が在宅退院（自宅とは限らない）の意思を持っている人でケアマネ契約が整った人
- (3) 業務：ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。
※退院調整の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成し、サービス利用した場合のみ
(介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない)

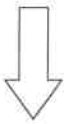

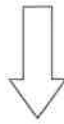

8 ケアプラン作成の流れ

- (1) 契約・面談（本人・家族）
退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、契約の手続きを行う。
- (2) 病院からの情報収集
身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測
- (3) ケアプラン原案作成
自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定
- (4) サービス事業所との調整
事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供
- (5) 退院前カンファレンス
サービス事業所を交えた病院との引継ぎ
- (6) サービス担当者会議
サービス事業所間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認
- (7) サービス提供開始（退院）

※詳しくは、「ケアマネジャーの業務」をご覧ください。

9 ケアマネジャーの業務

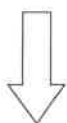
☆病院から退院するケース：新規受付～在宅受け入れ可能になるまで☆

<p>居宅新規受付</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 病院または、家族から電話で依頼を受ける 2) 事業所内で担当者を決定 3) 病院から退院調整共有情報シートの提供を受ける 4) 家族とともに初回訪問の日程調整 <div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険証の確認が出来れば早い。 ⇒未申請であれば、代行申請から必要。 ・ケアマネの担当件数が決まっているので、担当者を決めるのにも時間が必要。 ・家族が就労などで連絡がとれないことが多く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。 </div> <p style="text-align: right;"><i>Check!</i> </p>	<p>目安は 1日～ 2日間</p>
<p>病棟に初回訪問 (インテーク・アセスメント)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 介護保険証の確認 2) 本人又はその家族に対し、居宅介護支援についての契約及び重要事項の説明、個人情報の使用について説明し、同意を得たのち、署名捺印を頂き一部交付 3) 『居宅サービス計画作成依頼届け』の記載依頼 4) 病棟から、本人の状態説明や退院後の生活についての助言など、情報提供を受ける 5) 基本情報聴取・アセスメント(課題分析)を実施 6) サービス事業者の情報提供を行い、サービス選択を求める 7) 居宅へ訪問(家屋状況の確認) <div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。 しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。 ⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。 ・本人の状態像に変化があり、住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要がある。また、事務手続きには1ヶ月位かかるかも。 </div> <p style="text-align: right;"><i>Check!</i> </p>	<p>目安は 1日～ 2日間</p>

事務処理

- 1) 市役所へ書類提出代行申請
『居宅サービス計画作成依頼届け』
『主治医意見書・認定調査票の資料提供申請』
- 2) 利用者台帳・基本情報の作成（パソコン入力）
- 3) アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成
- 4) 必要と思われるサービス事業者の調整
- 5) 主治医との連携
- 6) サービス担当者会議の開催調整と書類準備
(利用票・提供票、介護保険証の写しなど)

目安は
1日～
2日間



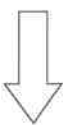
- ・事業所の営業日や市役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。
- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言を頂くことが必修。
⇒ケアプラン作成連絡票を活用するが、主治医との連絡調整にも時間を要する。

Check!

ケアプランの確定 (ケアプランの交付)

- 1) 担当者会議の開催で情報共有
- 2) ケアプランの修正・確定
- 3) ケアプラン・利用票について、利用者又は家族に説明し、同意を得たのち、署名捺印を頂き一部を交付
- 4) 担当者会議録の作成
- 5) 提供票の交付

目安は
1日～
2日間



- ・担当者会議では、サービス担当者から専門的な見地からの意見を聴取しなければならない。欠席する事業所には事前に照会での意見聴取が必要。
⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間が掛かる。
- ・提供票を事業所に交付した証拠として、受領のサインが必要なので原則手渡ししている。

Check!

(サービス事業者の
契約)

サービス利用を開始するには
ここまでが必要

- *当然のことながら、利用者は1人ではありません。他のケースも動いています。
- *動きは全て、支援経過として記録する必要があります。

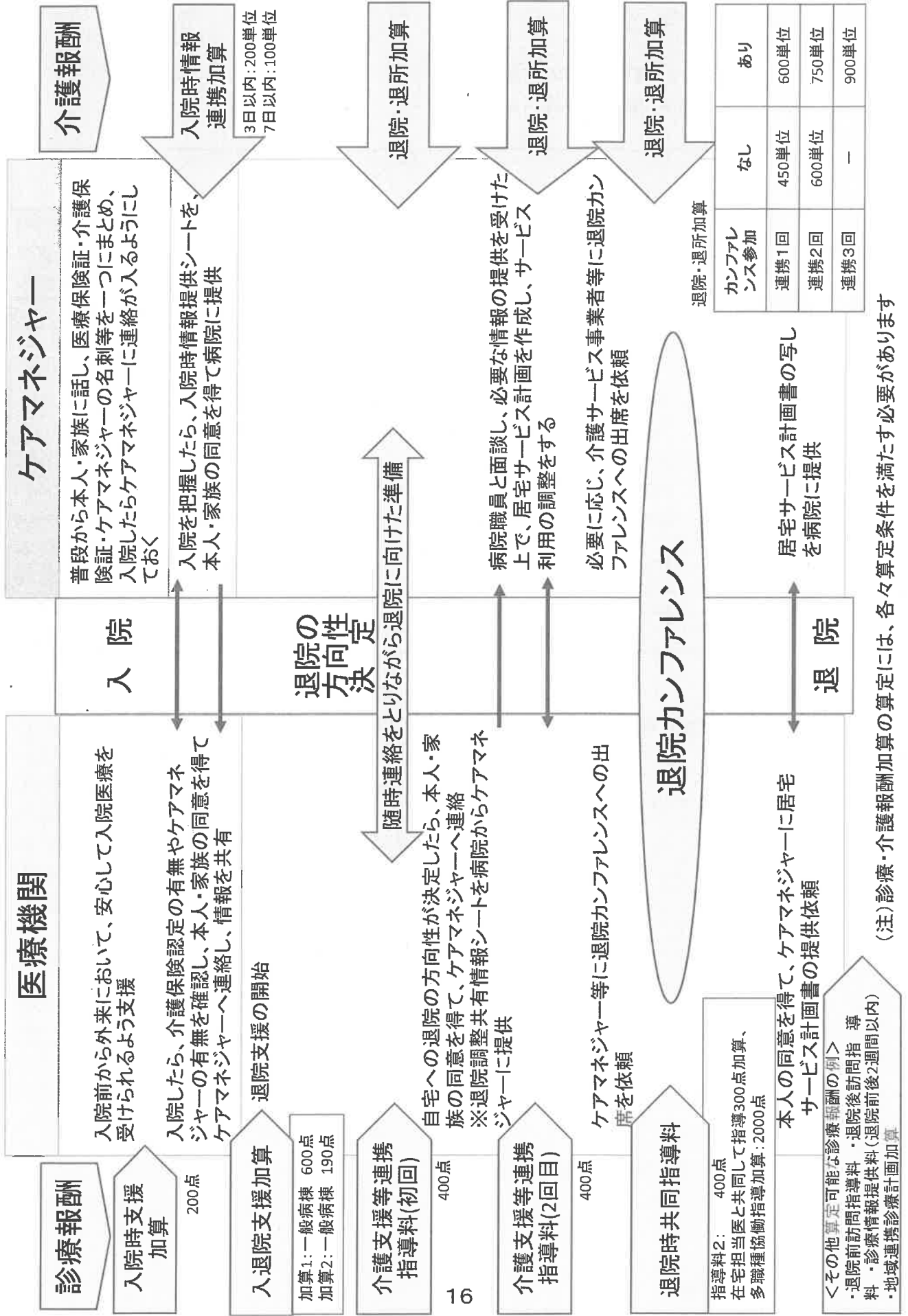
10 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

病院名	すでに介護保険を利用していた(ケアマネが付いている)場合		新たに介護保険を利用する場合					
	①ケアマネからの入院時情報はどこへ (電話をしてから)手渡しの場合 ・担当窓口 ・電話番号	②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能? (判断するのは誰か) ケアマネ有:7日 ケアマネ無:10日	③誰がケアマネに電話をする?	④ケアマネとの面談主体は?	⑤誰がケアマネに退院日を連絡する?	⑥誰が介護保険を説明する?	⑦誰がケアマネ契約の支援をする?	⑧誰が契約後のケアマネと連絡を取り合う?
公立藤岡総合病院	・患者支援センター 総合相談室 ・電話連絡後 (代表電話) 0274-22-3311	・本人家族、多職種で総合的に判断するが、最終判断は医師が行う	担当SW 退院支援担当Ns	担当SW 退院支援担当Ns 状態確認の場合は 病棟Ns	担当SW 退院支援担当Ns	担当SW 退院支援担当Ns	ご家族 担当SW 退院支援担当Ns	ご家族 担当SW 退院支援担当Ns
(医)育生会 緑塚病院	・受付または地域連携 室(在宅介護支援センター 内) ・事前に連絡いただか なくても可 ・不在時、施錠している ので受付へ (代表電話) 0274-23-9261	○(一般的な)は ・医師の判断	ご家族	(ご家族の同意の上で) ・地域連携室 ・病棟看護師	ご家族	(選定に関わる情報提供(こついで)は) ・地域連携室	ご家族 ※④と同様	
(医)和光会 光病院	・地域医療連携室又は 病棟へ電話 (代表電話) 0274-24-1234	× ・Dr.がNs、PTとのカン アレンスで判断	ご家族	(ご家族の同意の上で) ・地域医療連携室 ・病棟看護師	ご家族 ・地域医療連携室	ご家族	ご家族	
(医)社団三思会 ぐすの木病院	・患者支援センター 医療相談室(2階エリ ベーター前) ・事前に連絡頂いた上 で (代表電話) 0274-24-3111	× ・基本的にDr.判断 ・慢性期病棟(回リハ、 療養、包括)はNs ・ご家族判断は○	基本 ご家族 ・状況によってMSW	MSW 必要に応じてNs、RHス タッフ	基本 ご家族 ・状況によってMSW	MSW	基本 ご家族 ・状況によってMSW	
藤岡市 国民健康保険 鬼石病院	・地域連携室 ・できれば事前連絡を (代表電話) 0274-52-3121	△ ・Dr.判断による	基本 ご家族 ・状況によってMSW	・地域連携室 必要に応じて病棟Ns	基本 ご家族 ・状況によってMSW	ご家族	ご家族	

【参考】

退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（平成30年4月）

群馬県地域包括ケア推進室調べ



藤 岡 市
藤岡市地域包括支援センター

上 野 村
上野村地域包括支援センター

神 流 町
神流町地域包括支援センター

群 馬 県

問い合わせ先 藤岡保健福祉事務所
0274-22-1420

多野藤岡地域における「退院調整ルール」の手引き
策定経過

平成29年3月 策定

平成30年3月 一部改定

令和 2年3月 一部改定