

在宅療養連携推進

横	須	賀	市
退	院	調	整
ル	一	ル	

退院調整ルールづくりにあたって

横須賀市では、在宅医療・介護連携推進の取り組みを平成 23 年度（2011 年度）に開始し、これまでにさまざまな取り組みを行ってまいりました。

退院調整に関しては、平成 25 年度（2013 年度）には「退院前カンファレンスシート」を作成し、使用を開始していますが、今後ますます早期退院が求められる中で、課題も多く、研修等でもテーマに挙げられることの多い内容です。

そこで、平成 28 年度（2016 年度）に、病院スタッフ及び在宅スタッフによるワーキンググループを立ち上げ、退院調整のためのルールづくりに取り組みました。

病院から在宅への「切れ目のない対応」を実現するため、入院時の情報共有から、退院する際の退院前カンファレンスの実施まで、退院調整にかかるルールを検討しました。

このルールは、入退院に際して、病院、在宅それぞれが気をつけたいこと、情報共有のポイントなどをまとめたものです。このルールによって、病院と在宅のスムーズな連携がますます進むことを望みます。

平成 30 年（2018 年）3 月

退院調整ルールづくりワーキング 参加病院・団体

湘南病院、自衛隊横須賀病院、聖ヨゼフ病院、神奈川歯科大学附属病院、横須賀共済病院、横須賀市立うわまち病院、衣笠病院、よこすか浦賀病院、久里浜医療センター、パシフィック・ホスピタル、横須賀市立市民病院

横須賀市医師会、横須賀市居宅介護支援事業所連絡協議会、横三地区訪問看護ステーション連絡協議会横須賀ブロック、横須賀市地域包括支援センター連絡会

もくじ

I. 退院調整ルール	
1. 日頃の備え	1
2. 入院時	3
3. 入院早期	6
4. 退院前カンファレンス時	7
II. 入退院情報共有の流れ（図）	9
III. 病院・地域包括支援センター等連絡先	11
IV. 退院前カンファレンスシート	14

「退院調整ルール」の利用にあたって

このルールは、独居の高齢者や、ADLの変化が大きい患者さんなど、「退院支援が必要なケース」を中心に想定したものです。在宅療養に関わる患者さんであっても、退院支援を行うかどうか、ケースによって異なります。まずは退院支援が必要かどうか確認したうえで、このルールをご活用ください。

用語の定義

- このルールにおける「在宅スタッフ」、「病院スタッフ」は以下の職種を想定しています。ケースによっても関わる職種は異なります。
在宅スタッフ…主に在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員。その他にヘルパー、歯科医師、薬剤師など。
病院スタッフ…主に入退院に関わる医師、退院調整看護師、病棟看護師、MSW。その他に薬剤師、リハビリ職、栄養士など。
- このルールでは、介護保険サービスを調整する中心職種として、「ケアマネジャー」を想定しています。“要支援”の認定を受けている人の場合、「地域包括支援センター」が、それらの役割を担います。

I. 退院調整ルール

1. 日頃の備え

病院スタッフ

(1) 病院の情報受け取りの窓口を一本化しておきます。

【病院の窓口は11 ページ参照】

(2) 研修などを活用して、在宅療養現場について理解を深めます。

※ 横須賀市では、在宅医同行研修（医師・看護師対象）、病院在宅療養出前セミナーを実施しています。

在宅スタッフ

(1) 「病院は治療の場」・「入院は短期間」と理解し、本人・家族とも認識を共有しておきます。

(2) 本人・家族から事前に情報提供同意書を取り、いざというときに専門職でスムーズに情報共有ができるようにします。

※ 情報提供同意書は各事業所等によって、形式も異なります。「退院時の連携」が目的として含まれているか確認しておきましょう。

在宅医、かかりつけ医

(1) 担当の在宅患者さんには「よこすかリンクパスポート(以下リンクパスポートとする)」を渡します。リンクパスポートには在宅医療・介護に関する情報を収納し、入院時に病院との情報共有がスムーズに行えるようにしておきます。

《在宅医療・介護連携ノート「よこすかリンクパスポート」》

かかりつけ医や病院医師、関係職種が、在宅医療の患者さんの治療経過や療養状況、関係者の連絡先などの情報を共有するために、横須賀市医師会が作成しているものです。
A4版・蛍光色のファイルです。

- (2) 入院する際にはリンクパスポートを病院に持参するよう、日頃から本人・家族へ伝えておきます。
- (3) ケアマネジャーから情報提供があることを理解するとともに、ケアマネジャーとの連携を深めてください。

※ ケアマネジャーは、医療系サービス（訪問看護や通所リハビリテーションなど）を含んだケアプランを作成した場合、意見を求めた医師にケアプランを交付することになっています。担当する患者さんが、入退院に係る体調変化でサービス内容に変更がある場合などには、医師にも新しいケアプランが提供されます。

ケアマネジャー

- (1) 名刺を医療保険証と一緒に保管してもらい、担当のケアマネジャーの氏名と連絡先がわかるようにしておきます。また、医療保険証、介護保険証、お薬手帳は、まとめて保管をしてもらいましょう。
〔リンクパスポートを持っている場合は、活用します。〕
- (2) リンクパスポートを持っている場合には、入院する際には病院に持参するよう、日頃から本人・家族へ伝えておきます。
- (3) 入院する際には、ケアマネジャーの氏名と連絡先を病院に知らせるよう、日頃から本人・家族へ伝えておきます。
- (4) 本人が元気なうちから、もしものときどうするか確認しておきます。

I. 退院調整ルール

2. 入院時

病院スタッフ

- (1) 介護保険サービスの利用があるかどうか（介護保険証を持っているか、担当ケアマネジャーがいるか〔要介護〕、地域包括支援センターがケアプランを作成しているか〔要支援〕）、確認します。
- (2) かかりつけ医が入院を関知していない場合には、本人・家族または病院から診療情報提供書をかかりつけ医に依頼します。

≪ 介護保険サービスの利用がある場合 ≫

- (3) 入院計画書を本人・家族に渡す際は、入院した事実と入院計画書の内容を、本人・家族から、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターに、出来るだけ早く知らせるように、伝えます。必要によっては、病院から、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターに伝えます。
- (4) ケアマネジャー等から情報提供があることを理解しておいてください。

≪ 介護保険サービスの利用がない場合 ≫

- (5) 病院の担当窓口を案内し、介護保険申請を勧めます。
- (6) すでに介護保険の認定を受けている場合は、同じく担当窓口で、サービスの利用について紹介します。

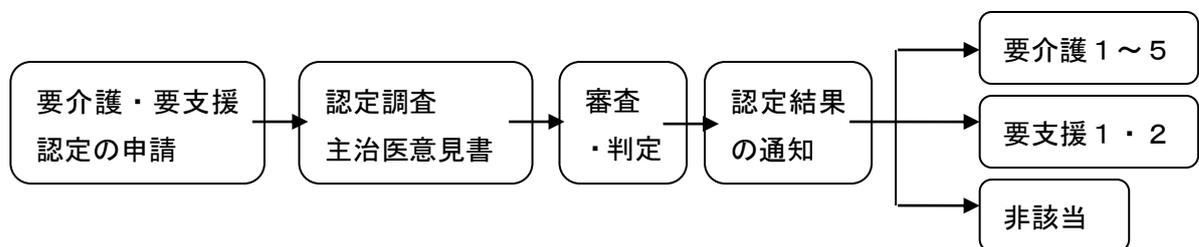
* 申請や利用については、まずは本人・家族の意思や意向の確認をしましょう。

《介護保険申請の目安》

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
- ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- ⑤ 在宅では独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ⑥ ADLは自立でもガン末期で介護保険サービス利用が必要
- ⑦ (ADLは自立でも) 新たに医療処置が追加された

《介護保険申請の流れ》

- ① 市役所介護保険課の窓口で申請。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で代行申請も可能。
- ② 市の職員などが認定調査を行う。(本人と面会)
- ③ 主治医が意見書を作成。(医師への作成依頼は市が行う)
- ④ 認定調査、主治医意見書の内容等から、審査・判定を行う。
- ⑤ 審査の結果、認定結果が通知される。
- ⑥ 認定結果が要支援であれば、地域包括支援センターに連絡をし、介護予防ケアプランの作成を依頼。要介護であれば、居宅介護支援事業者と契約し、担当のケアマネジャーを決め、ケアプランの作成を依頼。



I. 退院調整ルール

ケアマネジャー

(1) 原則2日以内に、「緊急連絡先」、「キーパーソン」を病院に連絡します。

(2) 遅くとも1週間以内に、介護情報、生活情報などを病院に提供します。

※ 病院によって体制が異なりますので、上記の日には1つの目安としてください。

(3) あわせて、「本人・家族の思い」や、ケアマネジャーから見た「生活の見立て」を病院へ伝えます。

例) ここまでリハビリができれば自宅に帰りたいが、できなければ施設に入りたい

(4) リンクパスポートを持っている場合には、病院に持参するよう本人・家族へ伝えます。

在宅医、かかりつけ医

(1) 緊急で、患者さんを病院に紹介する際、または患者さんが入院した際は、病院に情報提供をします。

(2) リンクパスポートを渡している場合には、病院に持参するよう本人・家族へ伝えます。

3. 入院早期

全職種

- (1) 退院に向けてのゴールを、病院・在宅スタッフで共有します。
例) ゴール：自宅内をつかまり歩行できる
→病院でのリハビリ訓練、自宅の手すり準備
- (2) 本人・家族の退院後の希望を確認します。
- (3) 本人・家族に早い段階から退院の意識を持ってもらいましょう。

病院スタッフ

- (1) 退院時期は早めに在宅スタッフに伝えます。
- (2) 退院後の生活のイメージを持って、退院を決めていきます。
- (3) 退院時のADLの見立てが、本人・家族の希望と違いが出そうな場合は、早めに在宅スタッフに知らせます。

ケアマネジャー

- (1) 急な退院に備え、入院したらすぐに退院の準備を始めます。
- (2) 退院前カンファレンスの開催を希望する場合は、早めに病院に伝えます。
- (3) 退院時に知りたい情報を事前に病院に伝えておきます。
- (4) 本人や家族と、病院の説明内容を共有しておきます（理解状況を確認）。

※ 退院前カンファレンスとIC（インフォームド・コンセント）は違うものです。本人・家族が了解すれば、ケアマネジャーのICへの同席も可能です。

4. 退院前カンファレンス時

全職種

(1) 退院前カンファレンスは、病院、または在宅一方の主導ではなく、お互いの情報共有の場とします。

(2) 「退院前カンファレンスシート」を活用します。

【書式は14ページ参照】

※横須賀市のHPから取得できます。

(右の二次元コード又はURL)



https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2610/zaitaku/conference_sheet.html

(3) カンファレンス前から、情報共有をスムーズにしておきます。

病院スタッフ

(1) 退院後の生活を想像して、在宅スタッフへ情報を伝えます（食事形態、嚥下状態、ADLなど）。

(2) 在宅スタッフが退院後の状態変化に向けてあらかじめ準備できるように、医療の予後予測についても伝えます。

(3) 退院後に在宅医療が必要な場合で、入院時にかかりつけ医がいる場合、本人・家族からその医師に連絡をするように伝えます（原則、本人・家族。必要によってケアマネジャーや病院から連絡する）。

(4) 退院時の処方と医療器具のメーカー・規格を、在宅医、訪問看護師、薬剤師に伝えます。

(5) 家族への指導状況を在宅スタッフへ伝えます。

医療処置 → 在宅医、訪問看護師へ

生活介助 → ケアマネジャーへ

(6) リンクパスポートを持っていない患者さんには、リンクパスポートに医療・介護情報を入れて渡します。

在宅医、病院勤務医

(1) 医師同士が連携し、情報共有をしておきます。

ケアマネジャー

(1) 本人・家族の考えも事前に確認し、カンファレンスでの情報共有、退院後の生活支援へつなげます。

(2) 退院前カンファレンスの内容を、その場にいない職種も含め在宅スタッフで共有します。

(3) 退院後に在宅医療が必要な場合で、入院時にかかりつけ医がいる場合、その医師に在宅医療について相談をします（原則、本人・家族。必要によってケアマネジャーから連絡する）。

(4) 本人・家族に初回の訪問について伝えます。

～退院前カンファレンスを行わない場合～

※ 退院前カンファレンスを行わない場合も、「4. 退院前カンファレンス時」を参考に、病院・在宅の関係者で十分に情報共有を行っておきましょう。

病院スタッフ

(1) 退院直前のADL情報をケアマネジャー、かかりつけ医に渡します。

(2) 退院後の生活をイメージして、ケアマネジャーと相互連絡します。

ケアマネジャー

(1) 病院との情報共有のタイミングや方法を確認しておきます。

(2) 病院からの情報を、在宅スタッフで共有します。

Ⅲ. 病院・地域包括支援センター等連絡先

病院連絡窓口

	病院名	住所	介護保険サービスの利用がある場合		介護保険サービスの利用がない場合
			①ケアマネジャー等(※)からの入院時の連絡を受ける窓口	②ケアマネジャー等へ連絡をする窓口(入院中の退院支援について)	③要介護認定申請等について家族等を支援する担当
1	湘南病院	〒237-0067 鷹取1-1-1	総合支援ステーション TEL:046-865-4105(代) FAX:046-866-5688(代) (月～金)8:45-17:00 (土)8:45-13:10	総合支援ステーション	総合支援ステーション
2	自衛隊横須賀病院	〒237-0071 田浦港町1766-1	地域医療連携室(医療福祉専門官、事務官) TEL:046-861-5737(直通) FAX:046-861-8576(共有) (月～金)8:30-16:30	地域医療連携室 (医療福祉専門官)	地域医療連携室 (医療福祉専門官)
3	聖ヨゼフ病院	〒238-8502 緑が丘28	医療相談室(地域包括ケアセンター) TEL:046-822-2134(代)、828-3725(直通) FAX:046-822-3134(代)、828-3725(直通) (月～金)8:30-17:00	医療相談室(地域包括ケアセンター)	医療相談室(地域包括ケアセンター)
4	神奈川県歯科大学附属病院	〒238-8570 小川町1-23	地域連携室 TEL:046-822-8877(直通) FAX:046-822-8888(代) (月～金)9:00-17:00	地域連携室	地域連携室
5	横須賀共済病院	〒238-8558 米が浜通1-16	地域連携センター TEL:046-827-1117(直通) FAX:046-823-5020(直通) (月～金)8:30-17:15	病棟看護師、 退院支援室、 医療相談室	病棟看護師、 退院支援室、 医療相談室
6	横須賀市立うわまち病院	〒238-8567 上町2-36	医療相談室 TEL:046-823-2630(代) FAX:046-823-6489(直通) (月～金)8:30-17:00 (土)8:30-12:30	入退院支援センター、 医療相談室	入退院支援センター、 医療相談室
7	衣笠病院	〒238-8588 小矢部2-23-1	医療福祉相談室、入退院支援室 TEL:046-852-1182(代) FAX:046-852-2695(直通) (月～金)8:30-17:00 (土)8:30-12:30	医療福祉相談室、 入退院支援室	医療福祉相談室、 入退院支援室
8	よこすか浦賀病院	〒239-0824 西浦賀1-11-1	地域医療連携課 退院支援看護師、MSW TEL:046-841-1032(直通) FAX:046-841-0832(直通) (月～金)8:30-17:00 (土)8:30-13:00	地域医療連携課 退院支援看護師、 MSW	地域医療連携課 退院支援看護師、 MSW
9	久里浜医療センター	〒239-0841 野比5-3-1	医療福祉相談室 TEL:046-848-1550(代) FAX:046-849-7743(代) (月～金)9:00-12:00 13:00-16:30	医療福祉相談室、 医療連携室	医療福祉相談室
10	パシフィック・ホスピタル	〒239-0841 野比5-7-2	地域連携室 TEL:046-849-1865(直通) FAX:046-849-1773(直通) (月～土)9:00-16:00	地域連携室、 病棟看護師	地域連携室
11	横須賀市立市民病院	〒240-0195 長坂1-3-2	退院支援看護師、MSW TEL:046-856-3136(代) FAX:046-858-1727(直通) (月～金)8:30-17:00 (土)8:30-12:30	病棟看護師、 MSW、 退院支援看護師	病棟看護師、 MSW、 退院支援看護師

〔令和6年(2024年)4月時点〕

※ ケアマネジャー等…ケアプランの作成を担当しているケアマネジャー、地域包括支援センター

注) 複数の窓口が記載されている場合は、ケースによって担当を分担しています。

Ⅲ. 病院・地域包括支援センター等連絡先

地域包括支援センター

	センター名	住所	連絡先	担当地域
1	追浜地域包括支援センター	〒237-0068 追浜本町1-28-5 サンビーチ追浜4階	TEL:046-865-5450 FAX:046-865-5690	鷹取・追浜本町・夏島町・浦郷町・追浜東町・ 浜見台・追浜町・追浜南町・湘南鷹取
2	田浦・逸見 地域包括支援センター	〒237-0075 田浦町2-80-1 横須賀基督教社会館内	TEL:046-861-9793 FAX:046-861-9784	船越町・港が丘・田浦港町・田浦町・田浦大作 町・田浦泉長・長浦町・安針台・吉倉町・西逸 見町・山中町・東逸見町・逸見が丘
3	本庁第一 地域包括支援センター	〒238-0018 緑が丘28-1 聖ヨゼフ病院内	TEL:046-828-3830 FAX:046-825-4430	坂本町・汐入町・本町・稲岡町・泊町・小川町・ 大滝町・緑が丘・若松町・上町・不入斗町・鶴 が丘・平和台・汐見台
4	本庁第二 地域包括支援センター	〒238-0014 三春町2-12 三春コミュニティセンター内	TEL:046-824-3253 FAX:046-824-3263	日の出町・米が浜通・平成町・安浦町・三春 町・富士見町・田戸台・深田台・望洋台・佐野 町
5	衣笠第一 地域包括支援センター	〒238-0031 衣笠栄町4-14 共楽荘内	TEL:046-851-1963 FAX:046-850-5400	衣笠栄町・金谷・池上・阿部倉・平作・小矢部 2丁目・小矢部4丁目
6	衣笠第二 地域包括支援センター	〒238-0024 大矢部1-9-30 横須賀グリーンヒル内	TEL:046-838-4774 FAX:046-833-6248	公郷町・小矢部1丁目・小矢部3丁目・衣笠 町・大矢部・森崎
7	大津地域包括支援センター	〒239-0811 走水1-35 シャローム内	TEL:046-842-1082 FAX:046-842-1083	根岸町・大津町・馬堀海岸・走水・馬堀町・桜 が丘・池田町
8	浦賀地域包括支援センター	〒239-0822 浦賀2-3-20 太陽の家浦賀内	TEL:046-846-5160 FAX:046-846-5230	吉井・浦賀・浦上台・二葉・小原台・鴨居・東浦 賀・浦賀丘・西浦賀・光風台・南浦賀
9	久里浜 地域包括支援センター	〒239-0826 長瀬3-6-2 衣笠病院長瀬ケアセンター内	TEL:046-843-3112 FAX:046-843-3152	久里浜台・長瀬・久比里・若宮台・舟倉・内川・ 内川新田・佐原・岩戸・久村・久里浜・神明町・ ハイランド
10	北下浦 地域包括支援センター	〒239-0841 野比5-5-6 横須賀老人ホーム内	TEL:046-839-2606 FAX:046-839-2607	野比・粟田・光の丘・長沢・グリーンハイツ・津 久井
11	西第一 地域包括支援センター	〒240-0103 佐島3-12-15 高齢者総合福祉センター ヒューマン内	TEL:046-856-7288 FAX:046-858-2777	山科台・太田和・荻野・長坂・佐島・佐島の丘・ 芦名・秋谷・子安・湘南国際村
12	西第二 地域包括支援センター	〒238-0313 武3-39-1 横須賀愛光園内	TEL:046-857-6604 FAX:046-857-8768	長井・御幸浜・林・須軽谷・武

[令和6年(2024年)4月時点]

Ⅲ. 病院・地域包括支援センター等連絡先

在宅実施医療機関の連絡先

- ・ 横須賀市医師会HP「在宅医療を行っている医療機関のご案内」* 検索システム
トップページ>医療機関案内 または 在宅医療>在宅医療機関案内

居宅介護支援事業所の連絡先

- ・ 横須賀市HP「介護保険サービス事業所一覧」
総合トップ>福祉・子育て>福祉>介護・高齢
(見出し) 事業所情報
>介護保険の事業所一覧

その他多職種の連絡先

- ・ 横須賀市医師会HPに団体の連絡窓口や事業所連絡先のリンクを掲載
トップページ>在宅医療>かもめ広場 * ページ左側
掲載職種：訪問歯科診療、訪問服薬指導、訪問看護ステーション、
訪問リハビリテーション、訪問栄養指導

横須賀市退院前カンファレンスシート

カンファレンスができない時は□の項目を確認して下さい

様 退院前カンファレンス

病院	病棟	年	月	日
司会：ケアマネジャー/MSW/退院調整 Ns など適宜 ☆自己紹介 <u>2分</u> (時間は目安です)				
⑨ 介護指導の内容と計画 <input type="checkbox"/> 介護方法・介助方法は習得できているか				
⑩ 定時薬と頓用薬 <input type="checkbox"/> 必要な定時薬・頓用薬は処方されたか				
1. 現在までの経過と治療(病棟主治医または看護師が説明。 <u>記載する必要はない</u>) <u>3分</u>	3. 本人・家族の希望と心配 <u>3分</u>			
2. 入院中のADLとケア (看護師が説明。 <u>記載する必要はない</u>) <u>5分</u>	4. 質疑 <u>5分</u>			
① 移動と移乗、入院中のリハビリテーション	5. ケアプランの説明(ケアマネジャー) <u>5分</u>			
② 食事の内容と食事介助の方法	6. ケアの調整 <u>5分</u> 退院日 <input type="checkbox"/> 退院後に利用する医療・介護の事業所は退院日を知っているか			
③ 排泄	退院後の日程			
④ 寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無	緊急連絡先や方法 <input type="checkbox"/> 患者や家族は体調が変わった時の緊急連絡先を知っているか <input type="checkbox"/> 診療情報提供書と看護サマリーを用意したか			
⑤ 入院中の入浴・保清の方法と頻度	7. まとめ <u>2分</u>			
⑥ 睡眠・更衣・口腔ケア・その他	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 横須賀市在宅療養連携会議作成 H26.6 Ver.2 各事業所で利用しやすいように変更して構いません </div>			
⑦ 認知機能・精神面				
⑧ 行なっている医療処置 <input type="checkbox"/> 必要な医療器具・福祉機器はあるか。また、使い方は習得できているか <input type="checkbox"/> 自宅に帰ってから使用する消耗品などはあるか				

IV. 退院前カンファレンスシート

横須賀市退院前カンファレンスシートの活用について

- このシートは、患者様が病院から退院して、スムーズな在宅療養生活をスタートさせることができるように、次の二つの視点から作成した多職種連携ツールです。
 - ① 病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される。
 - ② 在宅療養支援スタッフが情報を共有することができる。

- このシートは、平成 25 年 11 月に病院で試行いただき、その後、病院スタッフや多職種の皆さんから寄せられた意見をもとに改訂しました。

- 退院前カンファレンスでこのシートをご利用いただくと次のような効果が期待できます。
 - ① 在宅療養支援スタッフは、在宅療養スタートにあたり、必要な情報を忘れずに病院から聴いてくることができる。(聴き忘れ、確認漏れが減る。)
 - ② 多職種が、この同じシートをもっていると、カンファレンスがスムーズに進む。
 - ③ 病院スタッフは、在宅療養支援スタッフに伝える内容の準備ができる。
 - ④ 未経験スタッフも、このシート活用でカンファレンスをイメージできる。

病院スタッフのみなさまへ

- このカンファレンスシートは、在宅療養支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。決して、このシートに書き込んでいただくものではありません。このシートの記載項目に沿って、情報提供をしてください。
- また、カンファレンスができない場合には、記載項目のうち、**□この記号を付した項目（2-⑧⑨⑩、6の一部）**について、確認した上で退院させてください。そうしていただくと、在宅療養支援スタッフが助かります。

在宅療養支援スタッフのみなさまへ

- 退院前カンファレンスに参加される場合に、このカンファレンスシートをご活用ください。必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- これは、みなさんが病院から入手する情報に漏れがないようにするためのチェックシートです。決して、記入したものが病院から配布されるわけではありません。
- 横須賀市ホームページからダウンロードできますので、不足項目の付け足し、不要項目の削除など、自由に改変の上お使いいただいてもかまいません。
横須賀市ホームページのトップページから カンファレンスシート で検索してください。

退院調整ルール 〔初版発行 平成 30 年（2018 年）3 月〕

〔更新 令和 6 年（2024 年）6 月〕

発行：横須賀市民生局福祉こども部地域福祉課

〒238-8550 神奈川県横須賀市小川町 11 番地

TEL：046-822-4332 FAX：046-827-8158

E-mail：iryouseisaku@city.yokosuka.kanagawa.jp

- * この退院調整ルールは横須賀市HPにも掲載しています。
- * 今後、内容の修正があった場合は、随時HPで更新します。

横須賀市HP「在宅療養連携推進」

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2610/zaitaku.html>

リサイクル適性 

本冊子は、グリーン購入法に基づく平成 29 年度（2017 年度）横須賀市グリーン購入調達方針の判断の基準を満たす紙を使用し、かつ、印刷用の紙へのリサイクルに適した材料〔Aランク〕のみを用いて作製しています。

この冊子は 1,200 部作成し、1 冊あたりの単価は 85 円です。