

## 在宅医療連携体制を担う機関辞退届

令和 年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会  
鹿児島市部会長 殿

所在地

き かん めい  
機 関 名

代表者名

電話番号

(記入者氏名 )

在宅医療連携を担う機関を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機能（該当する機能に○印）

| ○印 | 機 能 区 分  | 目 標                                                                               |
|----|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|    | 退院支援     | 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること。                                 |
|    | 日常の療養支援  | 患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケア含む)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること。                 |
|    | 急変時支援    | 在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・有床診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること。 |
|    | 終末期（看取り） | 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での終末期の療養支援（看取りを含む）を行うことができる体制を確保すること。                        |

## 2 辞退理由