

資料5

地域連携推進会議 参加依頼文（フォーマット）

令和 年 月 日

〇〇 〇〇 様

〇〇〇〇事業所 管理者 〇〇 〇〇

地域連携推進会議へのご参画のお願い

平素より、当事業所の運営にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、共同生活援助（グループホーム）及び障害者支援施設（以下「施設等」といいます）の運営に当たっては、地域と施設等が連携をすることにより、利用者と地域との関係づくりや、地域の方への施設等や利用者に関する理解の促進等を目的として、施設等の外部の方を構成員とした「地域連携推進会議」を定期的に開催することが義務付けられています。当事業所も、地域の一員であることを意識しながら、地域の皆様と連携し合う関係をつくることが大切であると考えています。

つきましては、ご多忙のところ恐縮ですが、下記の趣旨等をご確認いただいた上で、地域連携推進会議への参画についてご協力いただけますと幸いです。ご承諾いただける場合は、お手数をおかけいたしますが、別紙「地域連携推進会議 参加承諾書」を〇月〇日までにご提出くださいますようお願い申し上げます。

記

地域連携推進 会議の趣旨	以下を目的に、事業所において、地域の方等の外部の方を構成員とした会議体を設置し、 会議の開催・構成員による施設訪問を実施します。 ・ 利用者と地域との関係づくり ・ 地域の人への施設等や利用者に関する理解の促進 ・ 施設等やサービスの透明性・質の確保 ・ 利用者の権利擁護
会議の構成員	以下の中から事業所が選定し、構成員に就任いただきます。 ・ 利用者 ・ 利用者の家族 ・ 地域の関係者 ・ 福祉に知見のある人 ・ 経営に知見のある人 ・ 市町村の障害福祉担当者等
構成員の役割	地域連携推進会議の構成員として、以下にご参加いただきます。 ・ 地域連携推進会議への出席 ・ 施設等への訪問 ※ 会議・施設訪問の実施日時、会場等については別途調整の上、ご連絡差し上げます。
利用者の個人 情報の取り扱いに関する留 意事項	会議・施設訪問にご参加いただく中で、利用者の個人情報に触れる可能性があります。 利用者やそのご家族の中には、障害があることや、障害福祉サービスを利用していることを他者に知られたくない方もいらっしゃいます。 利用者の権利擁護のため、地域連携推進会議で知り得た利用者の個人情報は、外部に漏らすことがないよう、格別のご高配をお願いいたします。
担当・連絡先	〇〇〇〇事業所 管理者 〇〇 〇〇 TEL：〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇 FAX：〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇 E-mail：〇〇〇〇@〇〇〇.jp

(別紙)

地域連携推進会議 参加承諾書

〇〇〇〇事業所

管理者 〇〇 〇〇 宛て

令和 年 月 日

貴事業所の地域連携推進会議への参加を承諾します。

なお、地域連携推進会議で知り得た利用者の個人情報を、外部に漏らさないことを約束します。

所属 _____

役職 _____

氏名 _____