（参考様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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参加のお願い**

平素から、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、グループホーム及び障害者支援施設の運営では、地域と施設等が連携することにより、利用者と地域との対等な関係づくりや、地域の方々と施設・利用者との相互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から、地域のみなさまとお互いに理解し合える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、次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加についてご協力いただけますと幸いです。

|  |  |
| --- | --- |
| 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、地域連携推進員としてご参加いただきます。1. 利用者
2. 利用者の家族
3. 地域の関係者（近隣住民、民生委員、自治会役員等）
4. 障害者まちかど相談室などの相談員
5. グループホーム等支援ワーカー
6. 我孫子市グループホーム連絡会会員（他のグループホームの職員等）
7. 我孫子市障害者支援課職員
 |
| 構成員の役割 | 地域連携推進員の役割は主に次の２つです。・地域連携推進会議への出席・施設等への訪問 |
| 会議開催日時 | 令和〇年〇月〇日（〇）　　〇：〇〇～〇：〇〇 |
| 開催場所 | 〇〇〇〇事業所　　　住所：我孫子市〇〇〇〇〇※駐車場がある場合　駐車場の有無（目印まど） |
| 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 |