

7 福祉高在 第 439 号
令和 7 年 7 月 1 日

都内サービス付き高齢者向け住宅
登録事業者 各位

東京都福祉局高齢者施策推進部在宅支援課長
(公印省略)

サービス付き高齢者向け住宅における医療・介護連携のチェックリストの提出について (依頼)

日頃から、東京都の高齢者住宅施策に御理解と御協力を賜り、心から感謝申し上げます。

東京都では、都内のサービス付き高齢者向け住宅（以下、「サ付き住宅」という。）におけるサービス提供の実態、医療・介護事業所との連携状況を把握し、サ付き住宅の適切な住宅管理・サービス提供が行われるよう支援するため、サービス付き高齢者向け住宅における医療・介護連携のチェックリスト（以下、「チェックリスト」という。）の御提出を依頼しているところです。

今年度につきましても、下記のとおり、チェックリストの御提出を依頼いたしますので、登録事業者の皆様におかれましては、御多用のところ誠に恐縮ではございますが、御協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、本依頼によるチェックリスト提出は、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 24 条第 1 項に定める報告の一つとして位置付けられたものであることを申し添えます。

記

1 調査対象

令和 7 年 7 月 1 日時点で入居を開始している（予定含む）都内サ付き住宅

※ 中核市（八王子市）所在分を除く

2 調査基準日

令和 7 年 7 月 1 日

3 調査項目

- (1) 医療・介護連携の前提条件について
- (2) 立地・建物の構造について
- (3) 人員の配置について
- (4) 連携の手段（情報共有）について
- (5) 医療・介護連携の質の向上のための取組について

4 提出方法

医療・介護事業所と連携（※）しているサ付き住宅については、別途電子メールにより送付される「R7医療・介護連携チェックリスト」（エクセルファイル）に御記入の上、電子メールにより下記7の宛先に御提出ください。この方法により回答ができない場合は、他の提出方法を御案内しますので、下記7へ御連絡下さい。

※ ここでの「連携」とは、入居者が生活を継続するために受ける医療サービス又は介護保険サービスもしくはその両方を提供する医療・介護事業者と、登録事業者及び生活支援サービスを提供する事業者とが、互いに連絡及び協力することをいいます。

なお、医療・介護いずれの事業所とも連携をしていないサ付き住宅については、未記入（白紙）のまま御提出いただくか、もしくはその旨下記7まで御連絡ください。

5 回答に当たっての留意事項等

- (1) 令和7年7月1日時点で入居開始しているサ付き住宅ごとに御提出ください（1法人が複数のサ付き住宅を運営している場合は、住宅ごとに御提出ください。）。
- (2) 登録事業者の方が提出してください。連携先事業所に確認が必要な項目は、連携先の方と御協力いただいた上で、記入していただくようお願いします。
- (3) チェックリストは、連携の形態や特定施設入居者生活介護の指定の有無によって使用する様式が異なります。エクセルファイル先頭にありますフェイスシートに記載の様式分類に従って、御作成下さい。
- (4) 御提出いただいたチェックリストの記入内容のうち、必須事項となる項目のチェック状況と、必須事項以外の項目でチェック欄に「はい」と回答した項目については、原則として、サ付き住宅ごとに都のホームページで公表を行います。

6 提出期限

令和7年7月31日（木曜日）

7 提出先及び問合せ先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

東京都福祉局高齢者施策推進部在宅支援課高齢者住宅担当

電 話 03-5320-4273

メール ml-houkokusatsuki@section.metro.tokyo.jp