　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式福５－１

・各項目とも適宜枠を広げて記載してください。

・連携方策等について図表等が必要な場合は、添付資料を付けてください

・提出する際は、このコメントは削除してください。

**東京都サービス付き高齢者向け住宅整備事業**

**医療・介護連携強化加算　事業提案書**

**事業名**

**１　事業計画の動機、事業運営で目指す姿**

|  |
| --- |
| ①　事業計画の動機  ②　医療・介護との連携を強化した事業として目指す姿 |

**２　入居者として想定している高齢者の要介護度、認知症、要医療の状況、入居者の決定方法**

|  |
| --- |
| 【入居時の要件】  ①　要介護度：  ②　認知症の状況：  ③　要医療の状況（対応可能な医療行為等を具体的に記載すること。）  ④　年齢：  【入居後に生活継続が可能な範囲】  ①　要介護度：  ②　認知症の状況：  ③　要医療の状況（対応可能な医療行為等を具体的に記載すること。）  【入居者の決定方法】 |

**３　入居者の要介護度が重度化した場合の住み替え支援の方法、入院が必要になった場合の対応方法、終末期の対応方法**

|  |
| --- |
| 【要介護が重度化した場合の入居者の希望に基づく住み替え支援の方法】  【入院が必要になった場合の対応方法】  【終末期（看取り）の対応方法】 |

**４　各事業所間の具体的な連携方法等**

|  |
| --- |
| ①　各事業所間の連携方法（連携体制の確保や情報共有の方法等）  ②　連携時にコーディネーターが担う業務・果たす役割 |

**５　職員の資質向上への取組方法（資格取得支援、研修、キャリアパス等）**

|  |
| --- |
|  |

**６　地域包括支援センターや区市町村等関係機関との連携について**

|  |
| --- |
|  |

**７　地域の医療・介護資源やその他多職種等との連携について**

|  |
| --- |
|  |

**８　地域における高齢者向けの住まいや医療・介護資源のニーズについて**

|  |
| --- |
|  |

**９　連携先の医療・介護事業所が地域の医療・介護資源として果たす役割について**

|  |
| --- |
|  |

**10　地域交流スペースの活用方法等（設置した場合のみ）**

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式福５－１

**記入例**

**東京都サービス付き高齢者向け住宅整備事業**

**医療・介護連携強化加算　事業提案書**

**事業名　（仮称）△△△サービス付き高齢者向け住宅**

**１　事業計画の動機、事業運営で目指す姿**

|  |
| --- |
| ①　事業計画の動機  当法人は、「地域の皆様が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう支援を行う。」という経営理念に基づき、地域に密着した介護サービスを提供している。  高齢化社会が進展する中、高齢者世帯が増加しており、高齢者の方が医療・介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で生活を続けることができるよう、医療、介護、生活支援など日常生活を支えるサービスの基盤を確保することが重要です。  当法人では、要介護から医療が必要な方までが、できる限り住み慣れた地域で安心して普段と変わらない生活を送れるよう環境を整備し支援を行いたいと考えている。  そのためには、地域包括ケアの考え方を踏まえ、サービス付き高齢者向け住宅を整備し、当法人が今まで培ってきた介護サービス提供のノウハウを発展させるとともに、併設の診療所や看護小規模多機能型居宅介護事業所、近隣の介護事業所及び地域包括支援センター等と信頼関係を築き、地域に貢献したいと思い、本計画に参画した。  ②　医療・介護との連携を強化した事業として目指す姿  本事業では、住宅内の併設診療所や看護小規模多機能型居宅介護事業所、近隣の介護事業所及び地域包括支援センター等と連携体制を作ることにより関係者の緊密な情報共有が可能となる。  本事業では、自立した方から医療が必要な方までが入居の対象となるが、関係者それぞれが把握した入居者の方の情報については機会をとらえて共有化し、主治医の指示のもと、入居者の方一人ひとりのニーズとＡＤＬに即した支援を的確に提供できるよう体制整備を行う。  現在は元気な入居者が将来要介護状態となっても、「終の棲家」として一日でも長く、できる限り穏やかな生活を送っていただけるよう、体制整備を目指す。 |

**２　入居者として想定している高齢者の要介護度、認知症、要医療の状況、入居者の決定方法**

|  |
| --- |
| 【入居時の要件】  ①　要介護度：自立から要介護度５まで  ②　認知症の状況：ⅠからＭまで。ただし、認知症の周辺症状（ＢＰＳＤ）によっては、医師の意見を聞いて判断する場合がる。  ③　要医療の状況（対応可能な医療行為等を具体的に記載すること。）  主治医が在宅医療で可能な症状であると判断したもの。訪問看護次号所が対応可能なもの（インシュリン投与、胃ろう、在宅酸素、気管切開、ストーマの交換等）  ④　年齢：６０歳以上の方若しくは要介護認定、要支援認定を受けている６０歳未満の方）  【入居後に生活継続が可能な範囲】  ①　要介護度：自立から要介護度５まで  ②　認知症の状況：ⅠからＭまで。ただし、認知症の周辺症状（ＢＰＳＤ）によっては、医師の意見を聞いて生活継続について判断する場合がる。  ③　要医療の状況（対応可能な医療行為等を具体的に記載すること。）  主治医が在宅医療で可能な症状であると判断したもの。訪問看護次号所が対応可能なもの（インシュリン投与、胃ろう、在宅酸素、気管切開、ストーマの交換等）  【入居者の決定方法】  入居相談、入居前の見学時の面談時に心身の状況、ご家族の状況や同意の有無、各種サービスの利用状況、について聞き取りを実施する。必要に応じて現在のサービス連携先（ケアマネージャー、主治医等）へヒアリングを行い、総合的に判断する。 |

**３　入居者の要介護度が重度化した場合の住み替え支援の方法、入院が必要になった場合の対応方法、終末期の対応方法**

|  |
| --- |
| 【要介護が重度化した場合の入居者の希望に基づく住み替え支援の方法】  要介護度の重度化等により、入居者本人やご家族より介護施設等への入所希望があった場合は、主治医やケアマネージャーと相談の上、条件に適した施設の情報を収集しご家族へ情報提供を行う。その上で、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、区市町村への相談・調整を行い、施設への入居が円滑に図られるよう支援を行う。  【入院が必要になった場合の対応方法】  緊急時には、主治医へ連絡し、対処を確認する。状況に応じては救急車を手配し、医療機関への搬送を迅速に行う、  入院が必要となった場合には、主治医の指示のもと、入院可能な医療機関を紹介いただき、ご家族同意の上、ケアマネージャーと連携して入院の支援を行う。  【終末期（看取り）の対応方法】  事前に、入居者本人及びご家族の看取りについての意向を確認しておく。入居者本人及びご家族が住宅での看取りを希望される場合は、主治医、看護小規模多機能型居宅介護、その他介護サービス事業者とカンファレンスを適宜行い、情報共有に努め、丁寧に対応する。 |

**４　各事業所間の具体的な連携方法等**

|  |
| --- |
| ①　各事業所間の連携方法（連携体制の確保や情報共有の方法等）  サービス付き高齢者向け住宅、併設の診療所や看護小規模多機能型居宅介護事業所とは、定期的に関係者ミーティングを行い、入居者の情報共有を行う。情報共有を図るための「情報共有シート」を作成し、医療、介護が必要な入居者については事前に情報開示の同意を得た上で、近隣の介護事業、病院等の関係者も含め、電話、メール等で日常の情報交換を行う。状況に応じて主治医の指示のもと、定期的なカンファレンスの場を設け情報共有を図る。  なお、入居者やご家族の個人情報の取り扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づき適正に行う。  ②　連携時にコーディネーターが担う業務・果たす役割  入居者の身近な存在として日常的に接する中で得た入居者に関する情報、特に心身に関する情報やお気持ち、ご家族の要望等を的確に収集し記録する。  入居者本人及びご家族には事前に同意をいただき、住宅事業者、関係医療・介護事業者、及びその他関係機関と情報共有する。  関係者ミーティングやカンファレンスについては、タイムリーに開催し、必要な情報交換ができるよう関係者との連絡調整を行い、入居者の生活をサポートしていく。 |

**５　職員の資質向上への取組方法（資格取得支援、研修、キャリアパス等）**

|  |
| --- |
| 職員それぞれのキャリアパスに応じた研修を計画的に受講し、働きながら上位資格取得を目指せるよう資格取得支援を行う。  【資格取得に対する支援制度】  介護関係の資格（介護福祉士、介護職員初任者研修、介護職員実務者研修）取得等の受験に必要な実務者研修の受講費用の負担を行う  【研修制度】  ○法人内研修　・新任職員研修　・職務に関連する研修（介護技術・感染症予防・苦情対応・虐待防止・認知症ケア・身体拘束廃止・看取り・人権擁護・個人情報保護等）  〇外部研修　・医療・介護・福祉サービスの実践または事業運営に必要なスキルを学ぶために外部研修への参加 |

**６　地域包括支援センターや区市町村等関係機関との連携について**

|  |
| --- |
| 軽度な介護が必要な入居者の方については、適宜地域包括支援センターに相談し、介護予防や認知症予防、そして機能回復を目指したリハビリテーションプログラムを専門スタッフにより提供する。  地域包括支援センターがサービス介入している入居者の方がいる場合は、定期的に情報交換を行い、緊密に連携する。  また、○○区（市）役所や○○区（市）社会福祉協議会、地域自治会との連携を図りながら、高齢者が生きがいを見いだせる「活躍の場」や多世代と交流できる場を確保する努力を行う。 |

**７　地域の医療・介護資源やその他多職種等との連携について**

|  |
| --- |
| 併設診療所を通じて近隣の病院と連携し、入院が必要になった場合の受け入れ等バックアップについて相談できる体制を整備する。また、併設診療所が標榜しない歯科診療等を行う診療所とも連携に努める。  介護サービスについては、地域で開催される地域ケア会議や各種連絡会に積極的に参加し、入居者本人やご家族の希望に沿った介護サービスが提供できるよう社会資源の把握に努め、連携を強化する。 |

**８　地域における高齢者向けの住まいや医療・介護資源のニーズについて**

|  |
| --- |
| ○○区（市）のサービス付き高齢者向け住宅は、○ケ所開設済である。令和2年国勢調査によれば、○○区（市）の高齢者世帯、特に高齢者単独世帯は、今後も増加する見込みであるため、自立の方から介護が必要な方まで入居可能なサービス付き高齢者向け住宅の需要は高まり続けると考えられる。  高齢者の自立した日常生活を支援するためには、本人の希望にかなった適切な住まいが基盤となり、住まいでの生活を支える生活支援サービスや、利用者のニーズにあった医療・介護等の専門サービス等が、上手に組み合わされて提供されることが重要となる。 |

**９　連携先の医療・介護事業所が地域の医療・介護資源として果たす役割について**

|  |
| --- |
| 地域包括ケアシステムの考え方に基づき、サービス付き高齢者向け住宅に医療・介護事業所を併設するが、住宅の入居者のみならず地域の高齢者も利用することが可能である。  医療連携先は、訪問診療として今後も高まる高齢者の在宅医療のニーズに応え、介護連携先である看護小規模多機能型居宅介護は、複合的なサービス提供が可能であるため、複数のサービスを活用して在宅にて介護サービスを受ける住民の手助けを行う役割を果たす。 |

**10　地域交流スペースの活用方法等（設置した場合のみ）**

|  |
| --- |
| 地域包括支援センターならびに自治会（町会）と連携し、サービス付き高齢者向け住宅の居住者ならびに地域にお住いの高齢者の交流の場として次のような取り組みを計画している。  ①　健康づくり・介護予防の推進（介護予防運動のプログラム、ストレッチのレッスン等）  ②　認知症施策の推進（認知症サポーター養成講座等の開催など）  ③　地域づくり・支え合い活動の推進（地域防犯・防災セミナー等の開催）  また、災害時等には、被災者、徒歩帰宅困難者 の一時滞在施設の場として提供する。  その他、地域交流スペースの空いている日時は、地域に根差した活動を行っていくために、地域の会合やイベントスペースの場として広く提供することにより、地域交流の機会を活性化し、協働のまちづくりの拠点となるように努める。 |