

サービス等利用計画作成に係るモニタリングの取り扱いについて

【相談支援部会提案内容に係る進捗状況報告】

平成30年2月23日

熊本市障がい者自立支援協議会

熊本市 健康福祉局 障がい者支援部 障がい保健福祉課

## モニタリングの増量について

国の示すきめ細かいモニタリングの実施が必要な対象者像

- ・就労や社会参加のために能力の向上等必要な訓練を行っている者
- ・生活習慣等を改善するための集中的な支援の提供後、引き続き一定の支援が必要である者
- ・障害福祉サービスのみを利用している65歳以上の者
- ・利用する指定障害福祉サービス事業者の頻繁な変更やそのおそれのある者

⇒一般的には、状態が不安定で障害福祉サービス事業者等との連絡調整等を頻回に行わなければならない場合等を想定



本市の対象者像

- ・障がいによって病状が不安定で入退院を繰り返している者。
- ・障害者支援施設等からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者
- ・重度の障がいや進行性の障がいのため、状態の変化への対応を必要とする者。
- ・単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者。
- ・多数の事業所のサービスを利用し、サービス調整を毎月必要とする者。
- ・障がい特性により、自ら適切なサービス調整ができない者。
- ・虐待又は虐待が疑われるケース
- ・常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にある者（ただし、重度障害者等包括支援の支給決定を受けていない者に限る。）。

※参考：相談支援専門員の役割（前提）

【基準省令第15条第3項】

一 相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成後、サービス等利用計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じてサービス等利用計画の変更、福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うとともに、新たな支給決定又は地域相談支援給付決定が必要であると認められる場合には、利用者等に対し、支給決定又は地域相談支援給付決定に係る申請の勧奨を行うものとする。

四 相談支援専門員は、適切な福祉サービス等が総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が指定障害者支援施設等への入所又は入院を希望する場合には、指定障害者支援施設等への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

五 相談支援専門員は、指定障害者支援施設、精神科病院等から退所又は退院しようとする利用者又はその家族から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、必要な情報の提供及び助言を行う等の援助を行うものとする。

【報酬告示】

継続サービス利用支援：支給決定又は地域相談支援給付決定の有効期間内において、当該者に係るサービス等利用計画が適切であるかどうかにつき、モニタリング期間ごとに、障害福祉サービス又は地域相談支援の利用状況を検証し、その結果及び心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、「サービス等利用計画」の見直しを行い、その結果に基づき、次のいずれかの便宜を供与する。

①「サービス等利用計画」を変更するとともに、関係者との連絡調整等を行う。

②新たな支給決定若しくは支給決定の変更の決定又は地域相談支援給付決定が必要と認められる場合において、当該支給決定障害者等又は地域相談支援給付決定障害者に対し、当該申請の勧奨を行う。

# モニタリング回数の増量願

平成

年

月

日

**【対象者】**

受給者番号	氏名	
支給決定サービス		

上記対象者について、次の状態により、モニタリングの標準期間よりきめ細かい支援が必要なため、モニタリング回数の増量を希望します。

サービスを新規で利用する方については、サービス利用開始から3ヶ月間でモニタリングを実施したのち、よりきめ細かい支援が必要である場合に申し出てください。

**【本人の状態と課題、必要な支援内容】**

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 健康管理支援      | <input type="checkbox"/> 頻回な関係機関への連絡調整    | <input type="checkbox"/> 家族支援             |
| <input type="checkbox"/> 病状による理解の難しさ | <input type="checkbox"/> アルコール・薬物・ギャンブル依存 | <input type="checkbox"/> 独居               |
| <input type="checkbox"/> 軽犯罪、累犯      | <input type="checkbox"/> 病識欠如             | <input type="checkbox"/> トラブル対応           |
| <input type="checkbox"/> 家族に複数の障害児者  | <input type="checkbox"/> 災害時の支援           | <input type="checkbox"/> 介護保険への移行         |
| <input type="checkbox"/> 各種公的手続き支援   | <input type="checkbox"/> 入退院を繰り返す         | <input type="checkbox"/> 一般就労への移行         |
| <input type="checkbox"/> 病状が不安定      | <input type="checkbox"/> 虐待または虐待の疑い       | <input type="checkbox"/> 重複障がい            |
| <input type="checkbox"/> 重度、進行性の障がい  | <input type="checkbox"/> 金銭管理の助言          | <input type="checkbox"/> サービス事業所等へのクレーム対応 |
| <input type="checkbox"/> 身寄りなし       | <input type="checkbox"/> 障がい特性（こだわり）      | <input type="checkbox"/> 夜間の緊急対応          |
| <input type="checkbox"/> 清潔保持        | <input type="checkbox"/> 連絡がとれない          | <input type="checkbox"/> 在宅医療的ケア児         |
| <input type="checkbox"/> 生活全般の相談     | <input type="checkbox"/> 危機管理ができない        | <input type="checkbox"/> 自己決定への支援         |

**【対象者の具体的な状態】**

**【必要なモニタリング回数】**

変更前
変更後（希望する月に“○”を記入すること。）
年 1月・2月・3月・4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月

**【相談支援事業所】**

相談支援事業所（事業所名）	相談支援専門員（氏名）
---------------	-------------

利用者同意署名欄（署名または押印）	
-------------------	--