

八健障 第 2244 号
令和 6 年 1 月 22 日

各指定特定相談支援事業所 管理者各位
各指定障がい児相談支援事業所 管理者各位

八尾市健康福祉部
障がい福祉課長

モニタリングの取り扱いの一部変更および標準期間の設定について(通知)

平素は、本市障がい福祉施策の推進にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

各相談支援事業所の皆様におかれましては、日々、利用者の状況把握や困りごとへの対応に加え、モニタリング報告書の提出やサービスの調整など、多岐にわたりご尽力いただき、誠にありがとうございます。

このたび、事業所の負担軽減を図るため、本市におけるモニタリングの取り扱いを、令和 6 年 2 月 1 日から下記のとおり変更いたしますので、よろしくお願いいたします。

記

1. モニタリングを実施した際の提出書類

[見直し前]

様式 7(モニタリング報告書)および、様式 8(継続サービス利用計画)を提出

[見直し後]

様式 7(モニタリング報告書)のみを提出

2. モニタリングを提出するタイミング

[見直し前]

- ①障がい福祉サービス等の更新や追加、変更、一部取消、廃止が必要となる場合
- ②負担額の更新月
- ③モニタリング実施月

[見直し後]

- ①障がい福祉サービス等の更新や追加、変更、一部取消、廃止が必要となる場合
- ② 負担額の更新月
- ③ ~~モニタリング実施月~~
- ④ モニタリング期間が毎月ごとの場合

⑤対象者の生活状況の変化等から、モニタリング期間を設定しなおす必要がある場合
(モニタリング月の変更)

⑥対象者の生活状況の変化等から、市との情報共有が必要な場合

⑦モニタリング予定月ではない月に実施した場合

※モニタリングの期間が毎月ではない場合、予定月に実施されたモニタリングの提出は不要です。ただし、実地指導等で確認を求めることがありますので、事業所において適切に保管するようにしてください。

3. モニタリング実施標準期間

平成 30 年度障がい福祉サービス等報酬改定において、国が示す標準期間は次のとおりです。なお、利用者の状況に応じて標準以外の期間を設定する場合は、計画案またはモニタリング報告書に、その理由を記載してください。

【モニタリング実施標準期間】

モニタリング期間については、利用者等の心身の状況、環境、生活課題、援助方針、サービスの種類・内容・量などを勘案して定める必要があります。モニタリング実施標準期間については、後の表を参照し適切な期間を設定してください。

一般的には、状態が不安定で障がい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は、モニタリング期間が短くなることが想定されます。逆に、状態が安定している場合は、モニタリング期間が長くなることが想定されます。

次のような場合は、標準よりも短い期間で設定することが望ましいです。

(具体例)

- ・生活リズム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場合
- ・利用する指定障がい福祉サービス事業者の頻繁な変更やそのおそれのある場合
- ・その他障がい福祉サービス等を安定的に利用することに課題のある場合
- ・障がい福祉サービス等と医療機関等との連携が密に必要な場合
- ・家族や地域住民等との関係が不安定な状態にある場合
- ・学齢期の長期休暇等により、心身の状態変化により調整が必要な場合
- ・就学前の児童の状態や支援方法に関して、保護者に対して不安の軽減・解消を図る必要のある場合

モニタリング実施標準期間（利用者の状況に応じて適切な期間を設定）

	対象となる利用者像	具体例	標準期間
①	・新規サービス利用者 ・著しくサービスの内容等に変更があった者	・サービスの新規利用、内容変更によりサービスの種類、内容又は量に著しく変動があった者 ・転入や引っ越し等により、住環境や生活環境も含めた状況把握が必要な者	当初3か月毎月ごと + 4か月目以降は ②～④
在宅で障がい福祉サービス等を利用している者のうち、次のア～エのいずれかに該当する者			
②	ア 障がい者支援施設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	・施設や病院などからの退院、地域移行者 ・家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境に変化があった者 ・虐待事案又はその疑いがあると判断された者	毎月ごと (1年を超えない範囲) ※ 比較的状态が安定している場合は、3か月ごとに 変更してください。
	イ 単身世帯又は同居家族等の障がい・疾病等のため、自ら指定障がい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	・知的障がいや精神障がいのため、自ら適切なサービス調整ができない者 ・極めて重度な身体障がい者(区分6)のため、サービス利用に必要な連絡調整ができない者	
	ウ 重度障がい者等包括支援に係る支給決定を受けることができる者(世帯状況は不問)	区分6かつ以下のいずれかに該当する者 ・四肢麻痺+寝たきり+人工呼吸器 ・四肢麻痺+最重度知的(重症心身障がい者) ・行動援護対象者	
	エ その他ア～ウに準ずるとして、必要と認められる者	上記の各具体例に準じます	
在宅で障がい福祉サービス等を利用している者			
③	オ 居宅介護、行動援護、同行援護、重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、自立訓練、就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助、障がい児通所支援の利用者		3か月ごと ※ 比較的状态が安定している場合は、6か月ごとに 変更してください。
	65歳以上で介護保険のケアマネジメントを受けていない者		
④	生活介護、就労継続支援、地域移行支援、地域定着支援、共同生活援助(日中サービス支援型を除く)の利用者		6か月ごと ※ 比較的状态が安定している場合は、 12か月ごとに 変更してください。
	施設入所、療養介護、 重度障がい者等包括支援の利用者		

4. 毎月ごとモニタリングを行う場合の注意点

モニタリング期間が「毎月ごと」の場合、3 か月間のみ毎月ごとモニタリング、その後標準期間に合わせて3か月ごとモニタリングで設定を行います。4 か月目以降のモニタリングについては、改めて設定しなおす必要がある場合、3 か月目のモニタリング報告書に、以降のモニタリング期間を記載し、受給者証とあわせてご提出ください。

また、現時点でモニタリング期間が未更新の場合、同様にご提出をお願いします。

【問合せ先】

八尾市健康福祉部障がい福祉課
障がい福祉係 サービス班
電話 072-924-3838(直通)