

【障害福祉課からの連絡事項】

■モニタリング期間を「毎月」に設定する場合について

①新規の支給決定又は支給決定の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 ⇒ 当初3か月は毎月モニタリング

②一定期間、集中的に支援を行うことが必要であり、毎月モニタリングが必要な者

③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り、毎月モニタリングが必要な者

⇒②・③の場合で、毎月モニタリングを希望する場合、計画案の「その他留意事項」欄に必ず毎月モニタリングが必要な理由を記載するようにしてください。

【注意】

毎月モニタリングを設定した場合であっても、集中的な支援が必要でなくなった際には、モニタリング期間を見直しするようにしてください。

■定期的なモニタリングの実施について

相談員がモニタリングに来ていないという情報が障害福祉課に寄せられることがあります。定期的なモニタリングはサービス利用状況や生活上の変化を把握し、意思決定支援を行う際の有効な情報となりますので、受給者証に記載されたモニタリング月に必ずモニタリングを実施するようお願いします。なお、利用者との日程調整の結果、モニタリング月にモニタリングが実施できず翌月にずれ込む場合等については、あらかじめ障害福祉課までご連絡ください。

■サービス等利用計画の災害時のための情報の記載について

豊橋市独自様式として、サービス等利用計画に災害時のための情報を記載したものを既に作成しております。災害時における避難行動計画の確認や、担当者会議での関係者間の情報共有にご活用ください。(3/3 頁参照)

■モニタリング報告書提出時の受給者証番号の記載について

市へご提出いただく、モニタリング報告書・本計画について、児・者ともに受給者証番号の記載が抜けている書類が多くみられます。

番号が入っていないものについては市の方で再度調べる必要があり、モニタリング報告書の整理に苦慮しております。受給者証番号を必ず記載いただきますようお願いいたします。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	
計画作成日		モニタリング実施日	

継続サービス等利用計画・継続障害児支援利用計画【週間

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	
計画開始年月			

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号		計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	

計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄
--------	----------------	----------

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

災害対応事項が記載された様式の活用をお願いします。

災害時のための情報(豊橋市独自)

豊橋市の避難行動要支援者台帳への登録の有無	有	避難を予定している場所	できるだけ自宅に残る。近くの避難所は〇〇校区市民館(在宅時)、△△校区市民館(通所時)
災害時に本人が求める支援	災害時でもできるだけ自宅で過ごしたい。避難所に行った場合は内服薬によりトイレが近いので出入り口付近を希望。		
避難時に特別に必要な物資(各自で備えて下さい。)	自宅に透析を受けるための機器がある。発電機が必要。		
備考(その他災害時に係る情報)	□□法人が運用する災害時の支援登録制度に登録しており、発災時に支援が受けられる。		