

知的障害者及び精神障害者に係る 通所授産施設の相互利用制度について

平成11年9月22日 障第619号

厚生省大臣官房障害保健福祉部長

今般、身近な施設の利用を可能にし、障害者のニーズに応え、授産施設の相互利用を推進するため、別紙のとおり「知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度実施要綱」を定め、平成11年4月1日から

適用することとしたので、了知のうえ円滑かつ適正な実施につき配慮するとともに、管下各福祉事務所、保健所及び市町村等に周知願いたい。

(別紙)

知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度実施要綱

1 目的

知的障害者が精神障害者通所授産施設を、精神障害者が知的障害者授産施設(通所)を相互に利用する制度(以下「相互利用制度」という。)は、これらの施設において、一定割合の知的障害者、精神障害者が相互に通所利用することによって、障害者の身近な地域での自活の訓練や働く場を確保するとともに、授産施設の効果的運営を図ることを目的とする。

2 実施主体

- (1) 知的障害者の精神障害者通所授産施設利用については、知的障害者福祉法第9条に定める援護の実施者とする。
- (2) 精神障害者の知的障害者授産施設(通所)利用については、都道府県及び指定都市とする。

3 対象施設

- (1) 相互利用制度を実施することができる授産施設は、次の施設種別(以下「対象施設」という。)とする。
 - ア 知的障害者授産施設(分場を含む。)
 - イ 精神障害者通所授産施設
- (2) 相互利用制度を実施しようとする対象施設の長は、制度を実施する定員についてあらかじめ都道府県知事に協議し、承認を得るものとする。

4 利用形態

通所による利用とする。

5 利用の決定

(1) 申請

精神障害者通所授産施設の利用を希望する知的障害者は、授産施設等利用申請書(別紙様式1)に、療育手帳又は知的障害者更生相談所の判定書の写を添えて、実施主体に申請する。

知的障害者授産施設(通所)の利用を希望する精神障害者は、授産施設等利用申請書に、医師の意見書を添えて、居住地を所管する保健所長に申請する。

(2) 審査及び調整

実施主体又は保健所長は、申請を受理したときは、速やかに当該利用申請者の稼働能力、健康状態等を審査するものとする。その結果を踏まえ、当該地域における施設の状況を勘案し、本制度の利用の適否を判断したうえ、対象施設との間において利用の調整を行う。

(3) 利用の決定

実施主体又は保健所長が、利用を適当と認める場合は、当該利用申請者に対し利用決定通知書(別紙様式2)を交付するとともに、施設の長に対し利用依頼書(別紙様式3)を送付するものとする。

なお、利用が不適當を認める場合は、当該利用申請者に対し、別紙様式4によりその理由を通知する。

6 利用料の負担

利用者、保護者及び主たる扶養義務者は、次に定める額を施設に対し納付するものとする。

- (1) 知的障害者が精神障害者通所授産施設を利用する

場合

施設利用に係る飲食物費、日用品費、光熱水料等の実費相当額。

(2) 精神障害者が知的障害者授産施設（通所）を利用する場合

施設利用に係る飲食物費、日用品費、光熱水料等の実費相当額。

7 利用にかかる経費の支弁

実施主体は、知的障害者が精神障害者通所授産施設を、精神障害者が知的障害者授産施設（通所）を利用した場合は別表に定める額を支弁する。

8 国の補助

国は、実施主体に対し、7により支弁した額の一部を次により補助するものとする。

(1) 知的障害者が精神障害者通所授産施設を利用する場合は、「障害児施設措置費及び知的障害者施設措置費国庫負担金交付要綱」（平成9年10月17日厚生省障第263号厚生事務次官通知の別紙。以下「知的障害者交付要綱」という。）に準じて算定した額。

(2) 精神障害者が知的障害者授産施設（通所）を利用する場合は、「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」（平成10年6月15日厚生省障第194号厚生事務次官通知の別紙。以下「精神障害者交付要綱」という。）により算定した額。

9 国の補助の調整

精神障害者通所授産施設が対象施設となった場合の当該精神障害者通所授産施設運営費の補助金の算定額については、精神障害者交付要綱に定める相互利用の基準額に受け入れた知的障害者数を乗じた額を控除して行うものとする。

（別表）

利用者	利用施設	支弁基準額
知的障害者	精神障害者通所授産施設	知的障害者交付要綱に定める知的障害者施設事務費の通所施設の一般保護単価及び授産施設加算分保護単価の場合と同様とする。
精神障害者	知的障害者授産施設（通所）（分場を含む）	精神障害者交付要綱に定める相互利用の額とする。

(別紙様式1)

利 用 申 請 書

次のとおり施設を利用したいので申請いたします。

年 月 日

申請者
住所
氏名

㊞

(実施主体の長又は保健所長) 殿

利用者の状況	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)		
	性 別	男 ・ 女		
手帳の所持等	手 帳 等	有・無 (程度等:)		
	更生相談所の判定書又は医師の意見書	有・無 ()		
	そ の 他			
家族の状況	氏 名	続 柄	年 齢	備 考
連絡先	氏 名			利用者との続柄
	住 所			電 話 番 号
希望施設名				

(別紙様式2)

利 用 決 定 通 知 書

年 月 日に申請のあった授産施設利用については、次のように決定したので
通知します。

年 月 日

(実施主体の長又は保健所長) 印

(申請者) 殿

利 用 者 氏 名	
利 用 開 始 年 月 日	
施 設 名	
所 在 地	
利 用 に 際 し て の 注 意 事 項	
(備考)	

(別紙様式3)

利用依頼書

今般、下記の者に貴施設を利用させることが適当と認められるので通知します。

年 月 日

(実施主体の長又は保健所長) 印

(施設名・施設長) 殿

利用者の状況	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)		
	性 別	男 ・ 女		
手帳の所持等	手 帳 等	有・無 (程度等:)		
	更生相談所の判定書又は医師の意見書	有・無 ()		
	そ の 他			
連絡先	氏 名		利用者との続柄	
	住 所		電 話 番 号	
<p>(備考)</p> <p>利用料の算定は、「知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度について」(平成11年9月22日障第619号障害保健福祉部長通知)の別紙「知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度実施要綱」によること。</p>				

(別紙様式4)

授産施設利用調整の結果について

年 月 日に申請のあった授産施設利用については、次の理由により不承認となりましたので通知します。

年 月 日

(実施主体の長又は保健所長) 印

(申請者) 殿

氏 名	
住 所	
(不承認の理由)	
(備考)	