

障 発 第 1203001号
平成19年12月3日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係る
福祉工場等の相互利用制度について

標記については、平成18年10月1日からの障害者自立支援法（平成17年法律第123号）の本格実施に伴い、別紙のとおり「身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係る福祉工場等の相互利用制度実施要綱」を定め、平成18年10月1日から適用することとしたので通知する。

なお、この通知により「身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係る授産施設の相互利用制度について」（平成18年4月3日付障発第0407007号本職通知）は、平成18年9月30日限り廃止する。

(別紙)

身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係る
福祉工場等の相互利用制度実施要綱

1 目的

身体障害、知的障害及び精神障害の障害種別を超えて福祉工場等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、一定割合の身体障害者、知的障害者及び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し、自立を促進するとともに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) 身体障害者の精神障害者通所授産施設の利用については、身体障害者福祉法第9条第1項及び第2項に定める援護の実施者とする。
- (2) 知的障害者の精神障害者通所授産施設の利用については、知的障害者福祉法第9条第1項及び第2項に定める更生援護の実施者とする。

3 対象施設

- (1) 相互利用制度を実施することができる施設は、次の施設種別（以下「対象施設」という。）とする。
 - ア 身体障害者福祉工場
 - イ 知的障害者福祉工場
 - ウ 精神障害者通所授産施設
 - エ 精神障害者福祉工場
- (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、身体障害者福祉工場及び知的障害者福祉工場においては、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長に協議し、承認を得るものとし、精神障害者通所授産施設及び精神障害者福祉工場においては、都道府県知事又は指定都市市長に協議し、承認を得るものとする。
- (3) 他障害の者の受入れに当たっては、当該施設の利用定員内で行うこととし、受け入れる他障害の者の割合については、利用定員の2割を上限とする。

ただし、従前より利用定員の2割を超えて相互利用を行ってきた施設については、従前の相互利用の利用者数の範囲内で他障害の者の受入れを可能とする。

4 利用形態

通所による利用とする。ただし、身体障害者福祉工場については、当該施設の居住部門の利用を認めて差し支えない。

5 利用の決定

(1) 申請

ア 本制度の利用を希望する身体障害者又は知的障害者は、障害者自立支援法に基づく介護給付費・訓練等給付費（以下「介護給付費等」という。）の支給に係る申請に準じ、利用を希望する施設名と併せて実施主体に申請するものとする。

イ 本制度の利用を希望する精神障害者にあつては、「利用申請書」（別紙様式1）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

ア 実施主体は、身体障害者又は知的障害者からの申請を受理したときは、速やかに当該利用申請者について、介護給付費等の支給の要否を決定するにあつての勘案事項を準用し、本制度の利用の適否を判断した上で、対象施設との間において利用の調整を行うこと。

イ 実施主体又は保健所長は、精神障害者からの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、健康状態等を審査し、本制度の利用の適否を判断した上で、対象施設との間において利用の調整を行うこと。

(3) 利用の決定等

ア 実施主体が、申請を行った身体障害者又は知的障害者について、利用を適当と認める場合は、介護給付費等の支給決定を行う際に定める当該利用申請者の障害種別に基づく障害程度区分の判定を行った上で、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）を交付するものとする。

イ 実施主体又は保健所長が、申請を行った精神障害者について、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）を交付するものとする。

ウ 実施主体又は保健所長が申請を行った身体障害者、知的障害者又は精神障害者について、利用を不相当と認める場合は、当該利用申請者に対し、「福祉工場等利用調整結果通知書」（別紙様式4）によりその理由を通知するものとする。

6 利用料の負担

利用者は、サービスの提供に要する費用の一部として当該施設が定めた額及び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を、施設に対し支払うものとする。

7 利用に係る経費の支弁

(1) 身体障害者及び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、実施主体は、対象施設に対し、別表中の「支弁基準額」に定める額を支出するものとする。

なお、「支弁基準額」の障害程度区分ごとの単価については、5の(3)の決定により適用するものとし、定員区分及び地域区分については、受入先の施設に応じた区分を適用する。

また、実施主体は、精神障害者通所授産施設が、「障害者自立支援法に基づく指定旧法施設支援に要する費用の額の算定に関する基準」(平成18年厚生労働省告示第522号)に定める入所時特別支援加算、退所時特別支援加算、利用者負担上限額管理加算、栄養管理体制加算(ただし、知的障害者の通所施設(41人以上)を既に運営している社会福祉法人であって、栄養士の配置を行っている場合に限る。)及び食事提供体制加算が算定される場合と同様の行為を実施する場合は、当該加算相当額を支弁するものとする。

- (2) 身体障害者及び精神障害者が知的障害者福祉工場を利用した場合にあっては当該身体障害者及び精神障害者を知的障害者と、知的障害者及び精神障害者が身体障害者福祉工場を利用した場合にあっては当該知的障害者及び精神障害者を身体障害者と、身体障害者及び知的障害者が精神障害者福祉工場を利用した場合にあっては当該身体障害者及び知的障害者を精神障害者とみなして、実施主体は、対象施設に対し、別途通知する国庫負担(補助)金交付要綱(以下「交付要綱」という。)に定める額をそれぞれ支弁する。

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交付要綱に基づき算定した額により補助するものとする。

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における当該精神障害者通所授産施設運営費に係る補助金の算定額については、交付要綱に定める相互利用の基準額に、受け入れた身体障害者数及び知的障害者数を乗じた額を控除して行うものとする。

- 10 旧指定特定身体障害者授産施設(通所部及び分場に限り。)、旧指定特定身体障害者通所授産施設(分場を含む。)、旧指定特定知的障害者入所授産施設(通所部及び分場に限り。)、旧指定特定知的障害者通所授産施設(分場を含む。)、旧指定身体障害者更生施設(通所部に限り。)、旧指定身体障害者療護施設(通所部に限り。)、旧指定知的障害者入所更生施設(通所部及び分場に限り。)及び旧指定知的障害者通所更生施設(分場を含む。))における相互利用については、指定旧法施設支援として行うものとし、「介護給付費等の支給決定について」(平成19年3月23日付障発第0323002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)に基づき支給決定等を行うものとする。

(別表)

利用者	支 弁 基 準 額
身体障害者	「指定旧法施設支援単位数表」の第3の1の口の(1)に準じた額。
知的障害者	「指定旧法施設支援単位数表」の第5の1の口の(1)に準じた額。

(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します。

平成 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 の 状 況	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日			
	性 別	男 ・ 女		
手 帳 の 所 持 等	手 帳 等	有・無(程度等)		
	各更生相談所の証明 書類又は医師の意	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

平成 年 月 日に申請のあった下記の者の施設利用については、次により決定されたので通知します。

平成 年 月 日

(福祉事務所長、実施主体の長又は保健所長)

(申請者) 殿

利用者氏名	
利用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
障害程度区分	
利用者負担 上限月額	
施設名	
所在地	
利用に際して の注意事項	
(備考) 利用者は、施設の定める利用料を支払っていただく必要があります。	

(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。

平成 年 月 日

(実施主体の長又は保健所長)

(施設名・施設長) 殿

利用者の状況	氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住所			性別	男・女
手帳の所持等	手帳等	有・無(程度等)			
	各更生相談所の証明書類又は医師の意見書	有・無()			
	障害程度区分				
	その他				
連絡先	氏名		利用者との続柄		
	住所		電話番号		
利用者負担上限月額					
(備考) 施設利用料は、利用者から支払いを受けてください。					

(別紙様式4)

福祉工場等利用調整結果通知書

平成 年 月 日に申請のあった福祉工場等の利用について、次の理由により不承認となりましたので通知します。

平成 年 月 日

(福祉事務所長、実施主体の長又は保健所長)

(申請者) 殿

氏名	
住所	
(不承認の理由)	
(備考)	