

2015年6月5日

都道府県
各 政 令 市 精神保健福祉ご担当者様
中 核 市

病棟転換型居住系施設について考える会
NPO法人 全国精神障害者地域生活支援協議会
〔公印省略〕

厚生労働省令において示された「地域移行支援型ホーム」の取り扱いについてのお伺い

平素は精神保健福祉の向上にご尽力賜り感謝申し上げます。

私ども「病棟転換型居住系施設について考える会」は、よりよい精神保健福祉のあり方をめざし、特に「病棟転換型居住系施設」問題について考えていくため、障害当事者、家族、支援者、研究者らによる結成された団体です。

さて、本年1月16日に公布されました厚生労働省令（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準及び厚生労働省関係構造改革特別区域法第三十四条に規定する政令等規制事業に係る省令の特例に関する措置を定める省令の一部を改正する省令（平成27年厚生労働省令第5号））により、「地域移行支援型ホーム」が示されました。

この問題につきましては、全国のさまざまな関係者・団体からの強い懸念の声があがっており、当会としましても、全国自治体の取り扱い状況を把握すべく、NPO 法人全国精神障害者地域生活支援協議会との共同により調査を実施することといたしました。

つきましては、別紙（※水色の用紙）により、ご回答をいただきますようお願い申し上げます。ご多忙の折り、誠に恐縮ではございますが、ご協力のほどなにとぞよろしくお願い申し上げます。

※ なお、ご回答につきましては、同封の【回答書】（※水色の用紙）へご記入の上、6月19日（金）までにFAXにてご返信いただきますようお願いいたします。

【回答書の返送先ならびにお問い合わせ先】

NPO 法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 事務局

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-24-7 ルネ御苑プラザ 418

TEL.03-5312-1950 FAX.03-5312-1951

地域移行支援型ホームについての調査【回答書】

貴自治体名： _____

ご担当者：(お名前) _____

(部署名) _____ (TEL) _____

【質問 1】「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」に係る貴自治体の条例において、厚生労働省令に位置づけられた「病院の敷地内における指定共同生活援助事業等経過的特例（地域移行支援型ホームの特例）」の取り扱いについてお尋ねします。

(いずれかを選択のうえ、その理由についてもお答えください)

1. 今年度の条例改定において「地域移行支援型ホームの特例」を位置づけた。

(理由) ア. 国が示した方針であるため

イ. 所管地域内に設置の要望があるため

ウ. その他 (内容: _____)

2. 今年度の条例改定において「地域移行支援型ホームの特例」は見送った。 →質問 3へ

(理由) エ. 病院敷地内における居住施設の設置については、障害者関係団体等からの強い反対意見があるため

オ. 国としても、特例として施行するものとしており、今後の実績等を踏まえた判断が必要であると考えられるため

カ. その他 (内容: _____)

【質問 2】 (質問 1 で 1 とお答えのところのみお答えください)

「地域移行支援型ホーム」の設置計画についてお尋ねします。(いずれかを選択してください)

1. 今年度中に設置計画 (見込み) がある。

(か所数: _____ か所)

(総定員: _____ 人)

2. 現段階で設置計画はない。

3. その他 (例: 協議を開始している病院がある、等)

(内容: _____)

貴自治体名： _____ (恐れ入りますが本ページにもご記入ください)

【質問3】 改定前省令に定められていた「地域移行型ホーム」についてお尋ねします。

(いずれかを選択してください)

1. 現在、設置されている。

(か所数： か所)

(総定員： 人)

2. 設置されていない。

【質問4】 その他、精神科病院敷地内への居住施設の設置についてのお考え、方針について、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

本回答書(2枚組)を、6月19日(金)までにFAXにてご返信ください。

返信先 FAX. 03-5312-1951