

日常生活用具（紙おむつ等）意見書

氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
身体障害者手帳	有（種 級）・無	療育手帳	有（A1、A2、B1、B2）・無

必要とする用具

用具を必要とする理由	項目		いずれかに○	
	(1) ストマの著しい変形又はストマ周辺の皮膚の著しいびらんのため、ストマ用装具を装着できない。		該当	非該当
	(2) 二分脊椎等先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害による高度の排尿又は排便機能障害がある。		該当	非該当
	(3) 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害がある。		該当	非該当
	(4) 脳原性運動機能障害により排尿もしくは排便の意思表示が困難である。		該当	非該当
	①身体障害の原因となる疾病等		脳性麻痺・低酸素性脳障害・髄膜炎・脳炎・外部外傷・核黄疸・その他（ ）	
	②上記疾病等の発生時期		年 月 日	
	③排泄状況と意思伝達	ア、自力でトイレに行けない。	該当	非該当
		イ、自力で便座（排便補助用具の使用を含む）に座ることができない。	該当	非該当
		ウ、介助による定時排泄ができない。	該当	非該当
エ、排尿・排便の意思表示ができない。		該当	非該当	
その他特記事項				

紙おむつの状況 常時使用している ・ 使用していない

備考

上記のとおり日常生活において用具が必要である。

年 月 日

医療機関名

医師名

※裏面の注意書きをよくお読みのうえご記入ください。

裏面 注意事項

この意見書は、日常生活用具給付制度に基づく紙おむつ給付事務のための資料の一つとなるものです。

この意見書で、給付できる内容の記載がされていても、障害者手帳の記載内容、補装具費の支給状況、他の日常生活用具の給付状況などで矛盾する点があると給付決定されないこともありますので、ご了承ください。

また、不明な点がありますと給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。

【要綱別表に定める紙おむつ等対象者】

ストマの著しい変形等によりストマ装具の使用が困難な者、高度の排便機能障害若しくは排尿機能障害のある者又は脳原性運動機能障害があり、意思表示が困難な者

ストマの著しい変形等によりストマ用具の使用が困難な状態

治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形、又は不適切なストマの造設個所のため、長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態のものをいう。

高度の排尿機能障害

先天性疾患による神経障害、又は直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）による神経因性ぼうこうに起因し、カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のものをいう。

高度の排便機能障害

先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害、又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術（注16）に起因し、かつ、下記の（ア）又は（イ）のいずれかに該当するものをいう。

（ア）完全便失禁を伴い、治療によって軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある状態

（イ）1週間に2回以上の定期的な用手摘便を要する高度な便秘を伴う状態のいずれかに該当するものをいう。

（注16）「小腸肛門吻合術」とは、小腸と肛門歯状線以下（肛門側）とを吻合する術式をいう。

「身体障害者福祉法指定医必携」に基づく診断基準（抜粋）

脳原性運動機能障害かつ意思表示困難者

身体障害者手帳下肢若しくは体幹機能障害1～3級または療育手帳A判定のいずれかを所持し、下記のすべてを満たす者

(1) 障害の原因が次の疾病等によるもの

脳性麻痺、低酸素性脳障害、髄膜炎、脳炎、頭部外傷、核黄疸

(2) 排泄の状況が下記を満たすもの

ア. 自力でトイレに行けない

イ. 自力で便座（排便補助用具の使用を含む）に座ることができない

ウ. 介助による定時排泄ができない

エ. 言語に限らずあらゆる方法によっても、排尿もしくは排便の意思表示ができない