

日常生活用具（紙おむつ）の支給対象の拡大について

1. 変更の趣旨

紙おむつが無ければ日常生活が困難な方に広く助成を行うため、対象者の要件を見直します。あわせて、近年は大人用紙おむつを製造するメーカーも増え、種類や性能も多岐に渡っていることを踏まえ、制度開始時より継続している本市の基準額（上限額）について見直しを行います。

2. 変更案の内容

	対象者の要件【現行】	対象者の要件【拡大後】
①	四肢または体幹機能障害者（児）であり、「3歳未満に発現した非進行性脳病変による脳原性運動機能障害」または「筋ジストロフィーで3歳未満に発症した脳障害」により排尿若しくは排便の意思表示が困難であること	下肢または体幹機能障害者（児）であり、「3歳未満に発現した非進行性脳病変による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こと
②	—	重度の知的障害者（児）で排尿もしくは排便の意思表示が困難であること
③	—	難病患者等でその疾病が起因となり下肢または体幹機能に障害があり、かつその疾病が起因となり排尿もしくは排便の意思表示が困難であって、福祉事務所長が給付を適切であると判断した者
①～③共通の要件		
<ul style="list-style-type: none"> ・自力（自らの意思）でトイレに行き、便座に座ることができないこと ・介助による定時排泄をすることができないこと 		
	基準額（上限額）【現行】	基準額（上限額）【一元化後】
	排便機能障害がある場合 月額 8,900 円	月額 12,000 円
	排尿機能障害がある場合 月額 11,700 円	
	排便・排尿のいずれにも機能障害がある場合 月額 20,600 円	

※ぼうこう又は直腸機能障害者（児）で、ストーマ用装具の代替品として紙おむつが必要な方については対象者の要件に変更はありませんが、基準額を月額 12,000 円に一元化します。

3. 新要件の適用開始時期

令和 5 年 4 月 1 日支給決定分より新要件を適用します。

（申請は、令和 5 年 3 月 1 日より受け付けます。）

問合せ先：神戸市福祉局障害者支援課

電話 078-322-6352 FAX 078-322-0393