

利用状況(上段:人数/下段:パーセンテージ)

罹病期間(年)		生活		独居	MV装着	身障手帳あり	在宅サービス					
平均	±SD	在宅	入院・入所				対象者(介護認定)	訪問看護	訪問介護/ホームヘルプ	訪問入浴	訪問リハ	デイサービス/通所介護
6.7		135 76.7	35 19.8	9	98 56.0	135	99 73.3	80 59.3	69 51.1	63 46.7	14 10.4	
							82 60.7	61 45.2	51 37.8	49 36.3	10 7.4	
6.6		118 74.2	41 76.7		80 50.3							
6.8		22 30.6	50 69.4		29 40.0							
		限定	外(51)		28 22.8	84 68.3	72 58.5					
		限定	外(108)			76 56.3	220 163.6					
		限定	外(222)			50 37.7	395 297.3					
13.4	7.2	限定	外(30)	10 4.6	5 2.3	87 40.1	176 80.4	27 12.3	21 9.6	17 7.8	0 0.0	34 15.5
10.8	9.7	限定	外(20)	14 7.6	2 1.1	64 34.6		12 42.9				
7.3	5.1			1 7.1	4 28.6		12	7 58.3	2 16.7	4 33.3	0 0.0	0 0.0
9.8	8.6			8 5.0	5 3.1		124	25 20.2	21 16.9	14 11.3	0 0.0	32 25.8
							51	37 73.5	41 80.4	23 45.1	9 17.6	4 7.8
							452	196 43.3	262 58.0	76 16.8	27 6.0	138 30.5
		全員	対象外		全員			131 92.3	132 93.0			
		全員	対象外		全員			36 87.8	35 85.3			
		全員	対象外		全員			33 94.3	34 97.1			
		全員	対象外		全員			22 95.7	22 95.7			
		全員	対象外		全員			13 92.9	14 100.0			
		全員	対象外		全員			27 93.1	27 93.1			
		全員	対象外		全員			38 97.4	37 94.9			
		全員	対象外		全員			30 96.8	29 93.5			
		全員	対象外		全員			22 95.7	21 91.3			
		全員	対象外		全員			41 83.7	45 91.8			
		全員	対象外		全員			128 92.1	129 92.8			
		全員	対象外		全員			60 92.3	61 93.8			
		全員	対象外		全員			47 88.7	49 92.5			
		全員	対象外		全員			21 100.0	19 90.5			
6.5	7.8	7 100.0	0 0.0	3 42.0	1 14.3	5 71.4	5 71.4	3 42.9	4 57.1	1 14.3		0 0.0
9.8	7.2	132 89.2	16 10.8	14 9.4	1 7.7	47 31.8	51 34.6	14 9.5	16 10.8	6 4.1		26 17.6

3-3. 在宅（療養）ALS患者のコミュニケーション支援の課題

前節でまとめたように、先行調査研究事例からも在宅（療養）ALS患者の生活支援には介護的な要素が強く、かつ介護者の負担が多いことも明らかであるが、コミュニケーション手段についてはそれほど問題ではないと考えることもできた。これは、主介護者である家族との間では、発語が困難になってきても、透明文字盤や表情等を利用して意思疎通・自己の意思表出が可能であることがその一因といえるし、このような関係でのコミュニケーションの確立も意欲の向上と持続に大切であると考えられる[山田]。しかし、主介護者しか透明文字盤を利用してのコミュニケーションが出来ないことや、パソコンを使う他のコミュニケーション手段の活用が十分に行われていないという問題がある場合も指摘されている[堀口]。そのため、病気の進行に伴い意思伝達装置等のコミュニケーション機器を求める場合も多いと考えられるが、MV装着のような決断を迫られるのではなく、多くの患者に有効であり、皆が求めるものであるともいう患者自身の声もある[佐々木徳武]。

また、介護保険制度における要介護5の状態ともなれば介護負担も大きく、介護者にも精神的な余裕がなくなり、のんびりと時間をかけた会話ができない場合も増えてくることは容易に想像できる。しかし、介護負担軽減のためには各種の在宅サービスの利用が不可欠であり、家族以外のスタッフとの意思疎通も必要になってくると考えられる。このとき、コミュニケーション手段の確保も大切になってくるが、発語機能だけでなく身体機能の制限もあり、「2-3 意思伝達の制約と代替」で述べたように、その代替手段の確保も容易ではない。また、手段を確保したとしても、相手が適切に対応しなければ、コミュニケーションにはならず、入院患者と看護師の間での意識のずれを報告している事例もある[松川]。

加えてALS患者は、「2-4 ALS患者の意思表出の障害と諸問題」で述べたように、通常の介護度が高い高齢者に見られがちな、認知面での問題や失語症を伴うような場合と異なり、言語理解を含めた思考力・知的活動には支障がなく、構音障害による発語障害を有する状態となることが多い[佐藤(再掲:2-4)]。そのため、コミュニケーションの確保は、単なる介護者との意思疎通だけでなく、身体が自由が奪われても、他者との関わりを持ち自らの意思表出を行うことが社会参加であり、「生」の証しといっても過言ではない[松川(前出)]。

つまり、コミュニケーション手段の確保は、介護支援であるとともに、自立支援であるといえ、介護・看護とともに、コミュニケーション支援を行うことが重要な課題といえるが、ALSのような神経疾患患者においては、その特有の対応が必要になると考えられる。その過程で、ここまで述べてきたように、在宅療養や人工呼吸器装着等といった重要な判断、コミュニケーションの確保にとどまることなく、生活全般において介護する家族の負担も大きい。

このような状況下では、単に意思伝達装置の導入だけが独立した支援として存在するわけではなく、疾患の確定診断や告知から始まる生活全般の支援の中の1つとして存在するものであり、総合的な対策が求められる。実際、難病（医療）相談会においては、「療養の場」に関する相談が最も多く、告知後のフォローアップ体制の欠如の影響をしている文献もある[牛久保]。そして、実際に在宅療養を行うとなれば、前節でまとめたような介護保険等の在宅サービスの利用も不可欠ではあるが、生活全般に関わる諸問題を十分に検討する必要がある[難波]。ここでは、医療的な問題も多く、医師や看護師との関係も重要であるとともに、これらの医療者における理解（コツをつかむこと）も不可欠であるといわれている[川島]。

また、意思伝達装置の利用支援を考えたとき、入力装置（操作スイッチ）の適合技術が大切であり[高田(再掲:1-1)]、その対応ができる技術者不足を指摘する文献は、前節でサーベイしたものの中でも多数見受けられたが、在宅療養においても訪問リハビリテーションの一環として実施しているケースもある[早乙女][野上]。

このように、生活全般に対する支援の中での位置づけを考慮しつつ、医療・保健・福祉が一体となりチーム支援の体制と経済的負担の問題を検討する必要があるが、意思伝達装置の導入に関する支援内容と必要な人材の関係が、医療・介護サービスのように明確になっていないことや、コーディネートを担う人材の確保が大きな課題になるといえる。

実際、ALS患者の在宅（療養）生活は、医療的処置だけでなく、保健（難病対策）および福祉（身障、介護）の各種サービスを併用することになり、医師、看護師、保健師、リハ職、介護職等の多くの専門職が関わり、チームアプローチも大切である。

訪問看護ステーション側からは、個々の事例報告からは保健所保健師との連携への評価をあげるものもある[堀江]。難病を公的に支援する組織としては保健所があり、国レベルだけでなく新潟県・市のように独自の事業やケース検討会を積極的に実施して、ケアマネジャーとの連携をもつ事例もある[土田]。

また、総合的な対策（取り組み）を行っている地域として宮城県の事例や[柏木]、広島県備北地方の事例などが見られる[伊藤]。これらは、生活全般に対する支援であるが、岩手県においては意思伝達装置の導入に関してのチーム支援の試みの報告例もある[千田]。

その一方、介護保険開始後は保健所保健師の係わりが減少しているともいわれている[樺山]。しかし、一般的な加齢に伴う障害や疾患に対して、難病という特殊性があることから、介護保険のケアマネジャーのようなコーディネートを担う人材が十分に確保できないことから、「難病ネットワーク」や「難病医療連絡協議会」の役割も大きいといえる[木村][生駒]。これは、ALS患者は医療依存度も高く主治医との連携などのコーディネートを期待しているものであるが、介護保険のように契約制度ではなく、公的な立場で関わることのできる機関となる保健所の役割は依然として大きいといえる[福田]。

コーディネートの有効に作用した例としては、夫婦間でのコミュニケーションがうまくとれずイライラしていたが、意思伝達装置の導入が成功した事例において、在宅療養から介護チームとして、病院主治医と入院体制。かかりつけ医、訪問看護ステーション、保健師、理学療法士（訪問リハ）等の構成が機能していたという報告もある[野村]。

そこで、このような問題点も考慮しつつ、コミュニケーション支援体制の在り方を課題として、次章以降で提案・検討していく。

3章の参考・引用資料

● 3-1節

[小倉 a] (再掲：2-4節) 小倉朗子：「ALS等神経難病者の療養経過と看護サービス・療養環境整備の課題」(特集：神経難病療養者の意思決定を支える)、訪問介護と看護、8(4)、306-312、2003

[小林] (再掲：2-4節) 小林明子：「在宅人工呼吸器療法実施中のALS患者の医療・福祉サービス選択における自己決定の支援—介護保険、医療保険、支援費制度による複数サービス利用の事例分析を通して—」、難病看護学会誌、8(3)、304-313、2004

[板垣] (再掲：2-4節) 板垣泰子、他：「京都市難病患者の実態調査結果の検討」、日本公衆衛生雑誌、51(4)、280-286、2004

[国民衛生] (再掲：2-4節) 「第3編 保険と医療の動向／第4章 疾病対策／2. 難病」・『2009年「国民衛生の動向」』、154-160、2009

[国民福祉 a] 「第5編 高齢者福祉／第3章 介護保険」・『2009年「国民の福祉の動向」』、140-153、2009

[阿部] 阿部康二：「特定疾患と介護保険の活用」、Modern Physician、28(5)、764-767、2008

[国民福祉 b] 「第4編 障害者福祉／第2章 障害者保健福祉施策」・『2009年「国民の福祉の動向」』、83-94、2009

[国民福祉 c] 「第1編 社会福祉を巡る近年の動向と背景／第3章 社会福祉改革の動向と背景」・『2009年「国民の福祉の動向」』、27-32、2009

[金谷] 金谷泰宏：「これからの難病対策の方向性」(特集：難病と共に生きる)、公衆衛生、64(12)、869-874、2000

● 3-2節

(1)

[小倉 b] 小倉朗子：「神経・筋難病療養者のコミュニケーション—その特性と支援の基準化に関する検討—」、日本難病看護学会誌、8(1)、41、2003

[木内] 木内恵子、他：「筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者家族に関する研究の動向」、訪問介護と看護、8(4)、326-329、2003

[角田] 角田和江、他：「在宅療養における家族の介護負担に関する研究—在宅ALS患者の生活時間調査から」、日本公衆衛生学会総会抄録集、37(10)特別付録、109、1990

[阿南] 阿南みと子、他：「人工呼吸器を装着したALS在宅患者の介護者の生活時間と疲労」、日本難病看護学会誌、5(2)、117-122、2001

[斎藤 a] 斎藤明子、他：「在宅筋萎縮性側索硬化症患者の介護負担に関する研究」、日本地域看護学会誌、3(1)、38-45、2001

[斎藤 b] 斎藤明子、他：「在宅筋萎縮性側索硬化症患者の主観的 Quality of Life に関する研究」、日本在宅ケア学会誌、5(3)、47-53、2002

[隅田 a] 隅田好美、他：「在宅ALS患者の現状-介護負担と介護保険の満足度—介護負担と介護保険の満足度—」、日本難病看護学会誌、6(2)、153-156、2002

[隅田 b] 隅田好美：「長期在宅療養を続けるための要因—筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者と家族への質的調査を通して—」、日本在宅ケア学会誌、6(3)、51-58、2002

[小長谷] 小長谷百絵：「筋萎縮性側索硬化症患者を介護する家族の介護負担感に関する研究—介護負担感

の特徴と関連要因」、日本在宅ケア学会誌、5(1)、34-41、2001

[大西] 大西美紀、他：「侵襲的人工呼吸器装着の選択が筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者の介護者の心理的負担感に及ぼす影響」（特集：質的アプローチが変える臨床研究）、看護研究、36(5)、363-373、2003

[平野 a] 平野優子：「在宅人工呼吸療法を行なう ALS 患者の家族介護者の願いと社会への要望 —訪問看護・介護職に求められる家族支援のあり方—」、訪問看護と介護、13(6)、494-498、2008

[藤田] 藤田真樹：「ALS 療養者の在宅介護の実態と介護負担感との観点」、作業療法、23(特別号)、553、2004

[中川] 中川悠子、他：「筋萎縮性側索硬化症患者における介護負担と QOL の検討」、臨床神経学、50(6)、412-414、2010

[新井 a] 新井明子、他：「在宅人工呼吸器装着 ALS 療養者の介護者休養目的短期入院の利用効果」、日本難病看護学会誌、10(3)、224-230、2006

[関本] 関本聖子：「在宮城県での神経難病に対する介護保険施設・身体障害者施設の取り組みと受入れの現状について」、日本難病看護学会誌、9(1)、73、2004

[新井 b] 新井明子、他：「在宅人工呼吸療法を実施している筋萎縮性側索硬化症療養者の介護者休養目的の初回入院導入における看護支援」、日本難病看護学会誌、9(3)、194-199、2005

(2)

[隅田 a] (前出)

[澤田] 澤田甚一、他：「介護保険に伴った ALS 患者への支援活動—保健所難病事業のあり方を考える—」（特集：難病と共に生きる）、公衆衛生、64(12)、865-868、2000

[依田 a] 依田裕子、他：「介護保険制度開始後の神経難病患者の在宅サービス利用と保健所保健師の役割 第 1 報」、上武大学看護学研究所紀要、1(1)、168-182、2003

[依田 b] 依田裕子、他：「介護保険制度開始後の神経難病患者の在宅サービス利用と保健所保健師の役割 第 2 報—筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病 3 疾患療養者への支援—」、上武大学看護学研究所紀要、1(1)、185-195、2003

[平野 b] 平野優子、他：「在宅人工呼吸器療法を行う ALS 患者の医療・福祉サービス利用状況と地域差」、難病看護学会誌、12(2)、156-164、2007

[平野 c] 平野優子：「在宅人工呼吸器療法を行う ALS 患者における身体的重症度別医療・福祉サービス利用状況」、日本公衆衛生雑誌、57(4)、298-304、2010

[鈴木] 鈴木美雪：「神経系難病療養者のサービス利用に関する保健所保健師の支援方法の検討—サービス利用実態調査から—」、群馬県立県民健康科学大学紀要、5、89-101、2010

[小林] (前出)

[大木] 大木幸子、他：「介護保健時代において保健所に求められる難病療養者への療養支援機能—ALS をかかえる A 氏の 16 年の在宅療養をふりかえって—」、難病看護学会誌、10(3)、218-223、2007

[白澤] 白澤政和、他：「支援費制度を併用し、その人らしい生き方の支援」（連載：在宅生活を支援するケアマネジメント事例）、介護支援専門員、5(6)、48-56、2003

[西田] 西田美紀：「自己負担金がかかると家計を圧迫している—単身 ALS 患者の経済状況—」（特集：難病患者の就労支援と経済問題）、難病と在宅ケア、14(10)、19-22、2009

● 3-3 節

- [山田] 山田明子、他：「コミュニケーションをいかにとるか」（特集：筋萎縮性側索硬化症（ALS）のリハビリテーション）、*Medical Rehabilitation*、113、55-60、2009
- [堀口] 堀口剛志、他：「在宅ALS療養者との透明文字盤を使用したコミュニケーションにおける主介護家族の負担感に関する質的分析」、第38回日本看護学会論文集（地域看護）、103-105、2007
- [佐々木徳武] 佐々木徳武：「患者・障害者・家族などの立場から」（特集：保健・医療・福祉の連携～地域リハビリテーションにおけるチームアプローチ）、新潟医療福祉学会誌、3(1)、14-16、2003
- [松川] 松川恭子、他：「入院ALS患者の透明文字盤を使用したコミュニケーションに対する思いに関する質的分析」、第38回日本看護学会論文集（地域看護）、176-178、2007
- [牛久保] 牛久保美津子、他：「難病医療相談会における筋萎縮性側索硬化症に関する相談の来談者別・経過別にみた相談ニーズ」、プライマリ・ケア、29(1)、31-35、2006
- [難波] 難波玲子：「在宅医療のとらえ方」（連載：ALS患者の在宅医療）、臨床リハ、18(9)、837-841、2009
- [川島] 川島孝一郎：「在宅ALS療養者を医師はどう診ているかー仙台往診クリニック医師の療養支援のコツー」、訪問看護と介護、9(4)、256-263、2004
- [高田]（再掲：1-1 節）高田政夫：「ALS患者の作業療法一進行したALS患者の活動参加への試み：入力スイッチの工夫を中心にー」（特集：筋萎縮性側索硬化症（ALS）のリハビリテーション）、*Medical Rehabilitation*、113、37-45、2009
- [早乙女] 早乙女郁子、他：「在宅筋萎縮性側索硬化症患者に対する訪問診療とリハビリテーションについて」、リハビリテーション医学、46(1)、52-57、2009
- [野上] 野上敦史：「在宅筋萎縮性側索硬化症患者に対する訪問リハビリテーションの経験」、理学療法福井、11、55-58、2007
- [堀江] 堀江正美、他：「在宅ALS患者の継続看護を考えるー医療・保健・福祉との連携を通してー」、リ関東農村医学会抄録集、29回、101-102、2002
- [上田] 上田睦子：「政令市保健所における難病事業の取り組み」（特集：難病と共に生きる）、公衆衛生、64(12)、856-860、2000
- [柏木] 柏木誠：「宮城県におけるALS等総合対策事業」、*Modern Physician*、22(5)、671-674、2002
- [伊藤] 伊藤聖、他：「広島県備北地方での筋萎縮性側索硬化症患者を対象としたネットワーク構築」、癌と化学療法、33(特別号2)、254-256、2006
- [千田] 千田圭二、他：「進行した筋萎縮性側索硬化症患者の意思伝達支援ー岩手県の現状とチーム支援活動の試みー」、岩手公衆衛生学会誌、18(1)、56-59、2006
- [樺山] 樺山理枝：「難病相談会からみた横浜市内ALS患者の状況と支援の検討」、日本難病看護学会誌、9(1)、78、2004
- [木村] 木村格：「難病ネットワーク」（連載：ALS患者の在宅医療）、臨床リハ、18(10)、927-932、2009
- [生駒] 生駒真由美：「難病医療連絡会の取り組み」（連載：ALS患者の在宅医療）、臨床リハ、18(11)、1030-1036、2009
- [福田] 福田博子、他：「難病患者地域支援について」、四国公衆衛生学会雑誌、50(1)、73、2005
- [野村] 野村良彦、他：「ALS患者の在宅支援ー新しい意思伝達法を中心にー」（特集：第11回日本在宅医療研究会学術集会）、癌と化学療法、27（特別3）、623-625、2000

4 重度障害者用意思伝達装置の利用に関する社会的データの整理

4-1. 重度障害者用意思伝達装置の構成

「2 コミュニケーション障害と社会保障」にまとめた各制度の中で共通し、実際にALS等の難病患者が利用する「重度障害者用意思伝達装置」は、当面は自立支援法（またはそれに代わる新法）における補装具に統一されていくと考えられる。

自立支援法における補装具としての重度障害者用意思伝達装置は、表4-1に示すとおり厚生労働省告示（補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準）（以下、「告示」という。）[補装具(再掲:2-2)]と、指針[指針(再掲:2-2)]にて規定されていて、これらは、平成21年度末に改正され、22年度より適用されている。

表4-1. 障害者自立支援法の補装具における重度障害者用意思伝達装置の購入基準

種目	名称	基本構造	付属品	価格	耐用年数	備考	
重度障害者用意思伝達装置	文字等走査入力方式	意思伝達機能を有するソフトウェアが組み込まれた専用機器であること。文字盤又はシンボル等の選択による意思の表示等の機能を有する簡易なもの。	プリンタ 身体の障害の状況により、その他の付属品を必要とする場合は、修理基準の表に掲げるものを付属品とする。	143,000	5	ひらがな等の文字綴り選択による文章の表示や発声、要求項目やシンボル等の選択による伝言の表示や発声等を行うソフトウェアが組み込まれた専用機器及びプリンタとして構成されたもの。その他、障害に応じた付属品を修理基準の中から加えて加算することができること。	
		通信機能が付加されたもの	上と同じ。	450,000			通信機能が付加されたものとは、文章表示欄が多く、定型句、各種設定等の機能が豊富な特徴を持ち、生成した伝言を、メール等を用いて、遠隔地の相手に対して伝達することができる専用ソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるものであること。
		環境制御機能が付加されたもの	遠隔制御装置 その他は上と同じ。				環境制御機能が付加されたものとは、機器操作に関する要求項目を、インターフェースを通して機器に送信することで、当該機器を自ら操作することができるソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるものであること。
生体現象方式	生体信号の検出装置及び解析装置	プリンタ及び遠隔制御装置を除き上と同じ。	450,000		生体現象方式とは、生体現象（脳波や脳の血液量等）を利用して「はい・いいえ」を判定するものであること。		

このように、現在、自立支援法における補装具の本体としては、購入基準においても、2種類の製品群（名称）に別けられた。詳しい特徴などは、日本リハビリテーション工学協会が「重度障害者用意思伝達装置」導入ガイドライン【平成22年度改定版】に、以下のようにまとめている[リハGL(再掲:1-1)]。

① 意思伝達機能を有するソフトウェアが組み込まれた専用機器（文字等走査入力方式）

基本機能（簡易なもの）の考え方は、「意思伝達装置の機能を有するソフトウェア」が起動する装置を、外部の操作スイッチ等の入力装置で操作するものといえる。ここでいう「意思伝達装置の機能を有するソフトウェア」とは、入力装置を用いての「ひらがな等の文字綴り選択による文章の表示や発声、要求項目やシンボル等の選択による伝言の表示や発声等の機能」を制御するソフトウェアであることが明記された。

操作方法としては、「画面に表記された文字や単語が、一定時間間隔で点灯する中から、入力したい文字や単語が点灯した時に、操作スイッチを操作することでその文字や単語を選択する方式（＝走査入力方式、あるいは、スキャン入力方式）により、その操作を繰り返すことで言葉を綴る」操作であると考ええる。

なお、今回の改正では

- a) 意思伝達機能を有するソフトウェアが組み込まれた専用機器（簡易なもの）
- b) a) に通信機能が付加されたもの
- c) a) に環境制御機能が付加されたもの

の3種類の方式に区分されたが、一定の要件でb) / c) のように付加機能が追認されている。

また、日常生活用具に相当する「携帯用会話補助装置」については、「発話及び書字に困難を有する人が、キーボード操作を基本とする携帯性を重視した機器で、文字盤にある文字（キー）を押して（＝直接入力方式）、文字綴りで文章の作成や音声で伝える機器」と、「あらかじめ録音した任意の内容を、文字盤にあるシンボル（キー）等を押して、再生や文字表記させる機器」とがあり、後者をVOCAと呼ぶことがある。携帯性を重視した機器の特徴から機器の管理が簡便であり、屋外やショートステイ等においても有効に活用できる機器であり、それぞれ以下のように特徴付けることができる。

「携帯用会話補助装置」

移動中・携帯中（持ち出した時）であっても、安定した動作が保証される

本体上のボタンを操作して、メッセージの入力ができる

入力操作は複数のキーを押すために、手指の動きとしては、空間分解能が要求される

「重度障害者用意思伝達装置」

外部の操作スイッチによる操作（ステップ入力またはスキャン入力）で、メッセージの入力ができる

入力操作は、タイミングを合わせて、内容が変化する1つのキーを押すために、手指（などの操作部位）の動きとしては、時間分解能が要求される

② 生体信号の検出装置と解析装置にて構成されるもの（生体現象方式）

「生体信号の検出装置と解析装置で構成され、生体現象（脳波や脳の血液量等）を利用して「はい・いいえ」を判定するものであること。」と示されている。

対象者例としては、「筋活動（まばたきや呼気等）による機器操作が困難な者。」とあるように、運動機能（筋活動）によるスイッチ操作ができなくなった人となる。相手の呼びかけに対して反応するため、聴覚に問題がある場合にも、反応できなくなる場合がある。

4-2. 補装具としての意思伝達装置の支給実績

この補装具へ移行した意思伝の支給状況の実態として公表されているのは、毎年度末に前年度の結果が掲載される「社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例）」であり[福報 18][福報 19][福報 20]、その中から抜粋したものを表 4-2 に示す。

表4-2. 補装具費支給実績(総事業費)

	平成18年度 (注1)	平成19年度	平成20年度	平成20年度 (特例)	合計
購入(交付)決定件数	114	544 661	486	25	1,169
(金額:千円、注2)	46,574	251,185	219,543	9,264	526,566
(平均単価:千円)	409	462 380	452	370	450
修理決定件数	73	300	246	2	621
(金額:千円)	3,529	13,673	9,821	99	27,122

注1)平成18年度分は、平成18年10月から平成19年3月分である

注2)本体価格+入力装置等の修理基準項目加算分を含む

平成18年度は下半期のため、年間支給件数相当数としては、2倍した「228」とも考えられるが、実際には、

- ・ 旧制度（日常生活用具扱い）の間（9月まで）に駆け込み申請が多かった
- ・ 制度移行にともなう対応の混乱を懸念しての、申請保留（19年度に申請）

といった状況にあったと推測し、他の年度に比べて支給決定件数が少なかったと考えることが妥当であるといえる。

なお、都道府県ごとの支給件数は、付録（付表）にて示す。

【疑義照会結果】

平成19年度の交付決定件数（661件）が、他年度と比較して多く、また単価も低い。自治体別内訳を確認すると、「福岡県の本体支給件数が、130件」と極端に多い値である。

→ 福岡県身体障害者更生相談所に照会したところ、130件ではなく、平成20年度事業概要（平成19年度業務実績）にある通り、13件と回答。これに伴い、全国総数も、661件→544件に修正。

具体的な支給機種等については公表されているデータはないが、日本リハビリテーション工学協会が、平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「重度障害者用意思伝達装置の適正で円滑な導入を促進するガイドラインの作成」（以下、「Resja-20」という。）において調査している[リハ20(再掲:1-1)]。

この調査は、全数回答ではないが、全国の身更相75箇所（注：平成18年4月1日現在設置）に対して実施した。そのうち、回答が得られたのは61箇所（回答率：81.3%）であるが、そのうち、判定実績がないと回答のあった1箇所を除いた60箇所の状況である。なお、平成18年10月の障害者自立支援法の二次施行後、平成20年8月（注：調査票の発送時期）までに意思伝の本体の購入および修理基準を併せての支給は、申請（判定）総数894件で（うち、支給827件）であった。この調査から得られた本体支給における機器の状況を表4-3に示す。

表4-3. 補装具費支給実績(機種別調査台数)

支給機器	メーカー	件数	構成比
伝の心	株式会社日立ケーイーシステムズ	194	67.13%
レッツ・チャット	ファンコム株式会社	51	17.65%
ハートアシスト	明電ソフトウェア株式会社	1	0.35%
心語り	エクセル・オブ・メカトロニクス株式会社	10	3.46%
マクトス	株式会社テクノスジャパン	2	0.69%
オペレートナビ	日本電気株式会社	22	7.61%
Switch XS	有限会社エーティーマーケット	2	0.69%
その他		7	2.42%
【小計】		289	100.00%
(未記入)		157	
合計		446	

ここまでの調査結果を用いて、平成18～20年度の意思伝支給機種内訳を推測することができる。方法としては、補装具費支給実績における支給件数（1,169件）を表4-3に示した各機種の構成比（未記入は除く）に従い比例配分した。その結果を表4-4に示す。

表4-4. 補装具費支給実績(機種別推測台数)

支給機器	構成比(注1)	推定台数	単価(円)	総額(千円)
伝の心	67.13%	785	450,000	353,250
レッツ・チャット	17.65%	206	120,000	24,720
ハートアシスト	0.35%	4	207,900	832
心語り	3.46%	40	470,000	18,800
マクトス	0.69%	8	399,000	3,192
オペレートナビ	7.61%	89	62,790	5,588
Switch XS	0.69%	8	44,520	356
その他(注2)	2.42%	28	300,000	8,400
合計	100.00%	1169		415,138

注1)補装具費支給実績(機種別調査台数)による構成比

注2)その他の単価は、オペレートナビ+PCのセットを想定して算出

一番支給の多いと思われる機器は、補装具告示（22年改定）において、通信機能や環境制御機能が付加された専用機器に区分される「伝の心」（67.13%）であり、これは予想通りである。しかし、簡易な専用機器に区分される「レッツ・チャット」（17.65%）が2位であり、それなりの割合を占めている。このことは、利用者が必ずしも高機能を求めている訳ではないことが伺える。

なお、右欄の総額（415,138千円）は、推測台数に単価を掛けたものであり、支給実績の総額（526,566千円）に対する割合としては78.8%に留まる。差額（111,162千円）は、本体購入と同時の修理基準（入力装置+入力装置固定具+固定台等）加算分と考えられる。

同期間の修理基準の利用状況は、Resja-20 の調査結果では、総数（延べ数）で1,683件であり、個々の修理部位別の延べ数を、表4-5に示す（注：「本体修理」は身更相把握分のみで市町村判断分は含んでいない）。

この値は、本体購入と同時に申請でないもの（修理申請のみ）も含まれた数であるが、表4-4に示した本体の購入（支給）件数から修理基準の適用がない「生体現象方式（心語り、マクトス）」を除く件数（総数（434件）：推定台数（1,121台））で、本体修理およびその他以外の修理の延べ数（1,593件）から推定（比例配分）することで、本体購入と同時の修理基準加算状況に近いと仮定する。その件数と金額の推測値も、同じく表4-5に示す。

表4-5. 補装具費(修理)支給実績(修理部位別)

修理基準における修理部位	基準金額(円)	延べ数 (注1)	推定 (注2)	金額(千円)
本体修理	50,000	89	-	
固定台(アーム式またはテーブル置き式)交換	30,000	309	798	23,940
入力装置固定具交換	30,000	108	278	8,340
呼び鈴交換	20,000	230	594	11,880
呼び鈴分岐装置交換	20,000	235	606	12,120
接点式入力装置(スイッチ)交換	10,000	228	588	5,880
帯電式入力装置(スイッチ)交換	40,000	131	338	13,520
タッチ式加算	10,000	89	229	2,290
ピンタッチ式先端部加算	6,300	32	82	517
筋電式入力装置(スイッチ)交換	80,000	6	15	1,200
光電式入力装置(スイッチ)交換	50,000	55	142	7,100
呼気式(吸気式)入力装置(スイッチ)交換	35,000	4	10	350
圧電素子式入力装置(スイッチ)交換	38,000	166	428	16,264
その他(特例:分離型磁気センサー)		1	-	
合計		(1,683)		
(本体修理およびその他を除く合計)		1,593	(4,108)	
対応する本体購入(支給)件数		(446)	(1,169)	
(「生体現象方式」を除く(支給)件数)		434	1,121	
			総額	103,401

注1)Resja-20 調査による調査値

注2)本体購入費支給時の本体購入と同時の修理基準加算状況

この修理基準加算の推定総額は（103,401千円、①）であり、前述の支給実績の総額（526,566千円、(A)）と本体購入金額の推定総額（415,138千円、②）の差額（111,428千円）に近く、また、本体購入金額+修理基準加算の推定総額（①+②）は（518,539千円）は、支給実績の総額（(A)）に対して、98.5%の充当率であり、妥当な金額推定と判断する。

以上のデータ分析により、補装具としての重度障害者用意思伝達装置本体および修理基準の利用実態が推測できたといえる。

なお、入力装置交換や利用状況に関しては、次節にてまとめる。

4-3. 補装具としての意思伝達装置の修理（入力装置交換）実績

前述の Resja-20 では、疾患別の利用者数の本体申請件数および修理基準件数も調査しており、本体の申請件数については、機種別の支給実績と同様に、平成18～20年度の支給件数の内訳を推測することができる。これらを表4-6に示す。なお Resja-20 の調査では、修理基準の調査は、1項目を1件で調査をしているが、これは表4-2のデータと異なるカウント方法であり、推測件数は求めない。

表4-6. 補装具費支給実績(疾患別件数・調査値/推測値)

原疾患	本体申請			修理基準のみ	
	件数(調査値)	構成比	(推測件数)	件数	構成比
ALS	245	62.03%	(725)	29	90.63%
CVA	42	10.63%	(124)	2	6.25%
CP	30	7.59%	(89)	-	-
筋ジス	16	4.05%	(47)	1	3.13%
MSA	11	2.78%	(33)	-	-
頸損	10	2.53%	(30)	-	-
SCD	7	1.77%	(21)	-	-
その他	34	8.61%	(101)	-	-
【小計】	395	100.00%		32	100.00%
(未記入)	51			6	
合計	446		1,169	38	

本体支給全体におけるALS患者の割合は62.0%であるが、(本体と同時でない)修理基準のみの申請全体での割合は90.6%であった。この結果からも、意思伝の利用者は、ALS患者が多いことは明らかである。しかし、ALS以外の原疾患も多いことから、初期導入にあたっては、各疾患・身体状態に応じた操作スイッチの選択や適合が必要であるといえる。さらに、修理基準のみの申請を見た場合、ほとんどが、ALS患者であるといえる。これは、神経難病であるALSは病状の進行が早く、身体状況の変化から、操作スイッチの不適合を起こすため、その交換が必要になることを表している。

また、日本リハビリテーション工学協会が、平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「重度障害者用意思伝達装置の継続的利用を確保するための利用者ニーズと提供機能の合致に関する調査研究事業」(以下、「Resja-21」という。)として、利用者実態調査(以下、「利用者調査」という。)を行っている[リハ21(再掲:1-1)]。

この利用者調査は抽出調査であるが、対象地域は、Resja-20において回答やヒアリング調査にご協力を頂いた、全国各地の身更相、市区町村(障害福祉担当課)、および地域によっては難病相談・支援センター、患者会等を、支援の実状や地域性を鑑み選択した。これらの支援機関等において、意思伝の利用者の現状を確認してもらう方法により、合わせて、17の支援機関等から、合計79名の状況をまとめたものである。

Resja-21の利用者調査では、利用中の操作スイッチを、自由記述での回答を求め、補装具修理基準に従いコード化している。この結果とともに、表4-5に挙げたResja-20の修理基準のうちで、

スイッチ交換の抜粋を、結果は表4-7に示す。

表4-7. 意思伝達装置の操作スイッチ選定状況

修理基準における修理部位	Resja-20 調査値			Resja-21 調査値			
	件数	本体購入(支給)に対する利用率	スイッチ構成比	件数	構成比		
接点式入力装置(スイッチ)交換	228	51.1%	52.3%	38.6%	18	29.4%	39.7%
(Resja-21:自作、注1)					6	10.3%	
帯電式入力装置(スイッチ)交換	131	29.4%	30.0%	22.2%	11	17.6%	
筋電式入力装置(スイッチ)交換	6	1.3%	1.4%	1.0%	0	—	
光電式入力装置(スイッチ)交換	55	12.3%	12.6%	9.3%	6	10.3%	
呼気式(吸気式)入力装置(スイッチ)交換	4	0.9%	0.9%	0.7%	1	1.5%	
圧電素子式入力装置(スイッチ)交換	166	37.2%	38.1%	28.1%	18	29.4%	
その他(特例:分離型磁気センサー)	1	0.2%	0.2%	0.2%	0	—	
(Resja-21:その他)	—	—	—	—	1	1.5%	
Resja-20	入力装置交換の合計数	591		100.0%			
	対応する本体購入(支給)件数	446	100.0%				
	(「生体現象方式」を除く購入件数)	434		100.0%			
Resja-21 における調査件数					60	100.0%	

注1)自作スイッチは、接点式入力装置(スイッチ)とみなす。

Resja-20 および Resja-21 の両調査での操作スイッチ選定状況は、その構成比の値には当然、若干の違いがあるものの、多いものから、接点式(約39%)、圧電素子式(約29%)、帯電式(約20%)、光電式(約10%)の順になっている。

なお、Resja-20における入力装置交換件数(591件)は、入力装置(スイッチ)を必要としない、生体現象方式である「心語り」を除く、本体購入(支給)件数(434件)を超えるものであり、本体に対する入力装置比は、1.36であり、このデータの中においては、本体3台につき1台は、入力装置を交換していることになる。

また、Resja-21の利用者調査では、スイッチ交換までの期間は約1年強(14.7ヶ月)、最小値は0.5ヶ月で、支給後すぐに別のスイッチに交換した人であったことが明らかにされている。このことから、特にALS患者に対しては、意思伝を支給しただけでなく、適切な操作スイッチ適合と、継続的なフォローアップがなければ、安定して継続的な利用ができないと、改めて示されたといえる。

4-4. ALS 認定患者数と意思伝達装置の利用状況

ALSの患者数は、特定疾患（難病）医療受給者証所持者数（認定患者数）とみなすことが、保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）にて報告されている[衛報20]。また、人口10万人対患者数を求めるためには、人口推計年報（2009年）による値（平成21年10月1日現在の人口）を用いて算出している[人口21]。これらの値を表4-8に示す。

表4-8. ALS患者数(性・年代別)

		総数	0～ 9歳	10～ 19歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 69歳	70歳 以上
平成20年度末 現在	総数	8,285	1	3	23	133	451	1,388	2,867	3,419
	男	4,766	1	1	15	85	262	841	1,717	1,844
	女	3,519	-	2	8	48	189	547	1,150	1,575
人口10万人対 患者数	全体	6.5	0.0	0.0	0.2	0.7	2.7	8.2	16.1	16.6
	男	7.7	0.0	0.0	0.2	0.9	3.2	10.0	19.9	22.0
	女	5.4	-	0.0	0.1	0.5	2.3	6.4	12.5	12.9

これまでの、調査研究等でも明らかにされている通り、男性の方が女性より発症率が高く、30～40代で発症が始まり、50代以降にその割合が高くなっている。

また、都道府県（指定都市・中核市分を含む）ごとの発症状況にも差があるといわれているが、その比較のために都道府県ごとの認定患者数をまとめた値（上位1/4のみの抜粋）を表4-9に示す（注：全データを掲載した表は付録に示す）。

表4-9. ALS認定患者数(都道府県別、各上位のみ抜粋)

(1) 総数順

	総数	男	女	※
全国	8285	4766	3519	6.5
東京	735	406	329	5.7
大阪	534	305	229	6.1
神奈川	429	245	184	4.8
千葉	410	245	165	6.7
北海道	358	179	179	6.5
埼玉	346	209	137	4.9
兵庫	341	197	144	6.1
愛知	335	178	157	4.5
福岡	318	171	147	6.3
静岡	240	145	95	6.3
新潟	204	133	71	8.6
京都	182	101	81	6.9
広島	181	100	81	6.3
茨城	173	119	54	5.8

※)人口10万人対患者数

(2) 人口10万人対順

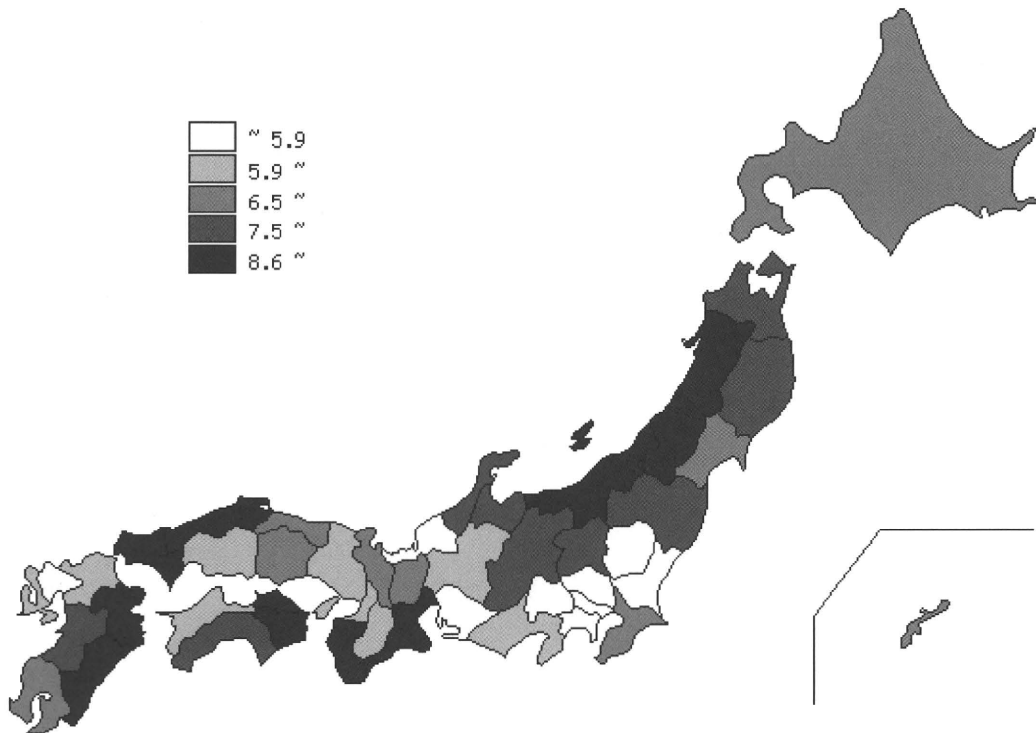
	総数	男	女	※
全国	8285	4766	3519	6.5
香川	117	67	50	11.7
島根	84	47	37	11.7
大分	124	74	50	10.4
和歌山	104	61	43	10.4
徳島	79	47	32	10.0
秋田	104	62	42	9.5
山口	136	80	56	9.3
山形	106	70	36	9.0
三重	161	97	64	8.6
新潟	204	133	71	8.6
宮崎	97	51	46	8.6
石川	99	61	38	8.5
岩手	113	65	48	8.4
青森	115	64	51	8.3

※)人口10万人対患者数

ALS 認定患者総数が多いのは、人口の多い都市部であることは当然の結果ともいえる。しかし、人口10万人対数では、地方部が上位になる傾向が見られている。これは、首都圏（都市部）において人口10万人対患者数が小さいのは、患者総数は多くても、就労等のために他の都道府県からの流入人口が多いことから、分母となる人口が大きくなっているためであると考えられる。

しかし、ALSは、紀伊半島南部（三重県、和歌山県）が発症率の高い地域といわれるように、地域偏在があることが知られている[萬年][葛原][紀平]。これを可視的にするために、人口10万人対患者数を段階的に色分けしたものを図4-10に示す。

図4-10. ALS認定患者分布(都道府県別、人口10万人対患者数)



注) <http://aoki2.si.gunma-u.ac.jp/map/map.html> にて作成

前述の三重県や和歌山県（注：都道府県別に算出しているため、市町村等の局所的偏在は表記できない）をはじめ人口10万人対患者数が8.6以上である高分布の県が隣接して存在していることがわかる。これには、何らかの地理的（風土的）な因果関係の要因があるのかもしれないが、本研究においては、地域分布等を確認するものではないので、この点についての詳細については調査・言及しない。

ここで、ALS患者数と意思伝の支給状況を重ね合わせて、都道府県別（指定都市・中核市分を含む）の利用状況を推測する。ALS患者のうち、どの程度の人が意思伝を利用しているかを把握するために、認定患者利用率〔(支給件数/認定患者総数)×100〕を都道府県別に求め、上位1/4のみ抜粋して表4-11に示す（注：全データを掲載した表は付録に示す）。なお、意思伝の利用者全てがALS患者でないこと、ALS患者においても補装具以外の手段（例えば、難病患者日常生活用具給付事業）で意思伝を入手していることは承知しているが、大雑把な傾向を把握するために、それらを考慮しないで算出した値である。

表4-11. ALS認定患者の意思伝利用率(都道府県別、各上位のみ抜粋)

	平成20年度 ALS 認定患者数		意思伝本体	
	総数	※1	支給件数	※2
全 国	8285	6.5	1169	14.1
佐 賀	42	4.9	10	23.8
広 島	181	6.3	42	23.2
鳥 取	40	6.8	9	22.5
熊 本	143	7.9	32	22.4
福 井	51	6.3	11	21.6
新 潟	204	8.6	43	21.1
高 知	59	7.7	12	20.3
宮 城	158	6.8	32	20.3
岩 手	113	8.4	22	19.5
福 岡	318	6.3	62	19.5
滋 賀	93	6.6	18	19.4
鹿 児 島	127	7.4	24	18.9
三 重	161	8.6	29	18.0
山 口	136	9.3	23	16.9

※1)人口10万人対患者数

※2)認定患者利用率[(支給件数/認定患者総数)×100]

(福岡県の値は、疑義修正分)

表4-11中で、総数、人口10万人対患者数、支給実績の枠で、網掛け・太字・斜体にしてあるものは、各項目の上位1/4に入っているものである。

全てが上位に入っているのは新潟県のみであった。逆に患者総数や人口10万人対数が上位でなくても、支給件数が多く、本利用率が上位に入っていたのは、熊本県と宮城県である。そのほか、本利用率のみが上位に入った都道府県も14県中7県と半数をしめている。

このことより、患者総数、人口10万人対患者数、意思伝本体支給件数の多少に必ずしも関係があるとはいえ、利用率の高い都道府県には、他の要因があるとも考えることもできる。例えば、4-3でまとめたように意思伝の利用者にはALSが多く、しかも継続的なフォローが不可欠であることから、在宅医療体制をふくめた、地域におけるその支援体制の有無などの「安心できる支援体制の構築」があるのではないかと推測する。

付表4-2-1. 補装具費支給実績(総事業費)

	購入(交付)				修理					
	申請件数	決定件数	購入(交付)金額(注1)		申請件数	決定件数	修理金額			
			総数 (千円)	公費負担額 (千円)			自己負担額 (千円)	総数 (千円)	公費負担額 (千円)	自己負担額 (千円)
平成18年度(注2)	118	114	46,574	43,645	2,929	75	73	3,529	3,182	347
平成19年度(注3)	549	544	251,185	235,572	15,613	318	300	13,673	11,897	1,776
平成20年度	502	486	219,543	206,364	13,179	248	246	9,821	8,938	883
平成20年度(特例)	25	25	9,264	8,549	715	2	2	99	89	10
合計	1194	1169	526,566	494,130	32,436	643	621	27,122	24,106	3,016

出展)「社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例)」

身体障害者・児の基準の補装具購入件数、購入金額、修理件数及び修理金額一補装具の種類別

注1) 本体価格十入力装置等の修理基準項目加算分を含む。

注2) 平成18年度分は、平成18年10月から平成19年3月分である。

注3) 平成19年度分は、福岡県の購入申請件数・決定件数を修正したもの

付表4-2-2. 補装具費支給実績(自治体別購入(交付)件数)

都道府県	(指定都市、中核市の別)	18年度 (注1)	19年度	20年度	20年度 (特例)	小計	合計
全国		114	544	486	25	1169	1169
1 北海道	北海道	3	12	14	-	29	43
	札幌市 指定都市	-	4	8	-	12	
	旭川市 中核市	-	-	1	-	1	
	函館市 中核市	-	-	1	-	1	
2 青森県	青森県	3	6	1	-	10	14
	青森市 中核市	1	2	1	-	4	
3 岩手県	岩手県	-	16	5	-	21	22
	盛岡市 中核市(H20より)	-	-	1	-	1	
4 宮城県	宮城県	3	13	5	-	21	32
	仙台市 指定都市	-	6	4	1	11	
5 秋田県	秋田県	2	4	5	-	11	17
	秋田市 中核市	-	3	3	-	6	
6 山形県	山形県	1	3	5	-	9	9
7 福島県	福島県	3	5	5	-	13	24
	郡山市 中核市	-	2	3	-	5	
	いわき市 中核市	-	1	5	-	6	
8 茨城県	茨城県	6	11	8	-	25	26
	宇都宮市 中核市	-	1	-	-	1	
9 栃木県	栃木県	-	8	7	-	15	15
10 群馬県	群馬県	1	6	3	-	10	10
11 埼玉県	埼玉県	3	7	15	3	28	42
	さいたま市 指定都市	3	5	5	-	13	
	川越市 中核市	-	-	1	-	1	
12 千葉県	千葉県	4	24	14	-	42	67
	千葉市 指定都市	3	6	7	1	17	
	船橋市 中核市	-	2	5	-	7	
	柏市 中核市(H20より)	-	-	1	-	1	
13 東京都	東京都	8	32	41	10	91	91
14 神奈川県	神奈川県	2	10	14	-	26	63
	横浜市 指定都市	-	7	5	-	12	
	川崎市 指定都市	-	4	3	-	7	
	横須賀市 中核市	1	3	6	-	10	
	相模原市 中核市(H22より指定都市)	1	4	3	-	8	
15 新潟県	新潟県	8	8	14	2	32	43
	新潟市 指定都市(H18は中核市)	1	5	5	-	11	
16 富山県	富山県	-	4	2	-	6	7
	富山市 中核市	-	-	1	-	1	
17 石川県	石川県	1	2	2	-	5	11
	金沢市 中核市	-	3	3	-	6	
18 福井県	福井県	2	4	4	1	11	11
19 山梨県	山梨県	2	2	2	-	6	6
20 長野県	長野県	-	8	6	2	16	24
	長野市 中核市	1	2	5	-	8	
21 岐阜県	岐阜県	2	1	1	-	4	7
	岐阜市 中核市	-	3	-	-	3	
22 静岡県	静岡県	2	14	8	1	25	36
	静岡市 指定都市	-	-	3	-	3	
	浜松市 指定都市(H18は中核市)	2	3	3	-	8	
23 愛知県	愛知県	-	7	7	-	14	29
	名古屋市 指定都市	-	7	5	-	12	
	豊橋市 中核市	-	-	-	-	0	
	豊田市 中核市	-	2	-	-	2	
	岡崎市 中核市	-	1	-	-	1	
24 三重県	三重県	5	14	10	-	29	29

25	滋賀県	滋賀県		-	9	8	1	18	18
26	京都府	京都府		-	3	6	-	9	17
		京都市	指定都市	-	3	5	-	8	
27	大阪府	大阪府		2	17	27	-	46	75
		大阪市	指定都市	2	13	3	-	18	
		堺市	指定都市	-	1	2	-	3	
		高槻市	中核市	-	1	1	-	2	
		東大阪市	中核市	1	3	2	-	6	
28	兵庫県	兵庫県		8	16	6	-	30	42
		神戸市	指定都市	-	3	4	-	7	
		姫路市	中核市	-	1	4	-	5	
		西宮市	中核市(H20より)					0	
29	奈良県	奈良県		2	4	2	-	8	11
		奈良市	中核市	-	1	2	-	3	
30	和歌山県	和歌山県		1	6	2	-	9	15
		和歌山市	中核市	-	4	2	-	6	
31	鳥取県	鳥取県		2	7	-	-	9	9
32	島根県	島根県		3	-	3	-	6	6
33	岡山県	岡山県		1	1	2	-	4	17
		岡山市	指定都市(H19までは中核市)	1	5	3	-	9	
		倉敷市	中核市	-	1	2	1	4	
34	広島県	広島県		-	10	12	-	22	42
		広島市	指定都市	1	12	4	-	17	
		福山市	中核市	-	3	-	-	3	
35	山口県	山口県		2	9	7	-	18	23
		下関市	中核市	-	3	2	-	5	
36	徳島県	徳島県		1	1	4	-	6	6
37	香川県	香川県		-	3	2	-	5	10
		高松市	中核市	-	3	2	-	5	
38	愛媛県	愛媛県		1	2	2	-	5	8
		松山市	中核市	1	1	1	-	3	
39	高知県	高知県		-	5	4	-	9	12
		高知市	中核市	-	-	3	-	3	
40	福岡県	福岡県	(注2)	2	13	7	-	22	62
		北九州市	指定都市	1	14	7	-	22	
		福岡市	指定都市	2	8	5	-	15	
		久留米市	中核市(H20より)					3	
41	佐賀県	佐賀県		1	6	3	-	10	10
42	長崎県	長崎県		-	5	7	-	12	14
		長崎市	中核市	-	1	1	-	2	
43	熊本県	熊本県		-	11	8	2	21	32
		熊本市	中核市	-	4	7	-	11	
44	大分県	大分県		1	8	7	-	16	20
		大分市	中核市	-	3	1	-	4	
45	宮崎県	宮崎県		-	3	3	-	6	9
		宮崎市	中核市	-	1	2	-	3	
46	鹿児島県	鹿児島県		2	9	4	-	15	24
		鹿児島市	中核市	1	6	2	-	9	
47	沖縄県	沖縄県		1	4	4	-	9	9

出展)「社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例)」

身体障害者・児の基準の補装具購入件数、都道府県—指定都市—中核市×補装具の種類別

注1)平成18年度分は、平成18年10月から平成19年3月分である。

注2)平成19年度分は、福岡県の購入申請件数・決定件数を修正したもの。

付表4-8. ALS患者数(性・年代別)
(特定疾患(難病)医療受給者証所持者数, 性・年齢階級・対象疾患別)

	総数	0～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
平成20年度末現在	総数	8,285	1	3	23	133	451	1,388	2,867
	男	4,766	1	1	15	85	262	841	1,717
	女	3,519	-	2	8	48	189	547	1,150
人口10万人対	全体	6.5	0.0	0.0	0.2	0.7	2.7	8.2	16.1
	男	7.7	0.0	0.0	0.2	0.9	3.2	10.0	19.9
	女	5.4	-	0.0	0.1	0.5	2.3	6.4	12.5
平成21年10月1日現在(注1)	総人口	127,510	11,061	12,028	14,415	18,306	16,407	16,873	17,798
(千人)	男	62,130	5,671	6,160	7,382	9,279	8,255	8,380	8,608
	女	65,380	5,391	5,868	7,033	9,027	8,152	8,493	9,190
平成19年度末現在	総数	7,993	2	4	21	138	436	1,467	2,728
	男	4,614	2	2	15	78	263	880	1,657
	女	3,379	-	2	6	60	173	587	1,071
平成18年度末現在	総数	7,695	1	3	21	145	419	1,536	2,582
	男	4,438	1	2	15	89	256	920	1,580
	女	3,257	-	1	6	56	163	616	1,002
平成17年度末現在	総数	7,302	1	3	26	133	417	1,522	2,463
	男	4,236	1	1	16	80	242	931	1,476
	女	3,066	-	2	10	53	175	591	987
平成16年度末現在	総数	6,974	2	4	23	133	440	1,415	2,371
	男	4,101	1	2	16	78	263	847	1,468
	女	2,873	1	2	7	55	177	568	903

出展)「保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)」-特定疾患(難病)医療受給者証所持者数、性・年齢階級・対象疾患別
注1)平成21注1)平成21年10月1日現在人口は、「人口推計年報(2009年)」による。