

# 自動車事故対策機構が設置・運営する 療護施設の概要

---

被害者支援と自動車事故防止を通して、安全・安心・快適な社会作りに貢献

安全指導業務

自動車事故を

防ぐ

- 指導講習
- 適性診断
- 安全マネジメント



被害者援護業務

自動車事故被害者を

支える

- 療護施設の設置・運営
- 介護料の支給
- 生活資金の無利子貸付



安全情報提供業務

自動車事故から

守る

- 自動車アセスメント



○ 名称 独立行政法人自動車事故対策機構 (NASVA ナスバ)  
 ○ 目的 被害者の保護の増進、自動車事故の発生防止  
 ○ 設立 H15年10月～ (前身 自動車事故対策センター S48年～)  
 ○ 組織 本部(東京)、全国に50支所、療護施設11カ所

## 療護センター設置背景

- 昭和30年代以降、急速なモータリゼーションの進展に伴い、自動車事故発生件数及び負傷者数が増加。昭和45年には自動車事故による死者数がピークを迎えるなど、交通戦争と呼ばれる社会的課題の解決が急務であった。
- このような中、自動車事故の防止と被害者保護を図る組織として、昭和48年12月に認可法人自動車事故対策センター（現：独立行政法人自動車事故対策機構）が設立。
- 自動車事故により重度の後遺障害を負った患者を継続的に入院させる専門病院が今よりもかなり少なく、脳に重大な損傷を受け、寝たきりの状態にある被害者とその家族に寄り添った精神的、経済的支援が求められていた。
- 昭和56年6月、第94回通常国会において自動車事故対策センター法が一部改正が行われ、自動車事故対策センター（当時）が行う業務の一つに、脳損傷による重度後遺障害者を治療・看護するための療護施設の設置・運営が追加。
- 昭和59年2月に千葉療護センター、平成元年に東北療護センター、平成6年に岡山療護センター、そして平成13年に中部療護センターが順次開設された。療護センター入院患者の長期滞留傾向を解消する等を目的に、平成9年より入院期間を終生から概ね5年以内に、平成19年より概ね3年以内に変更された。

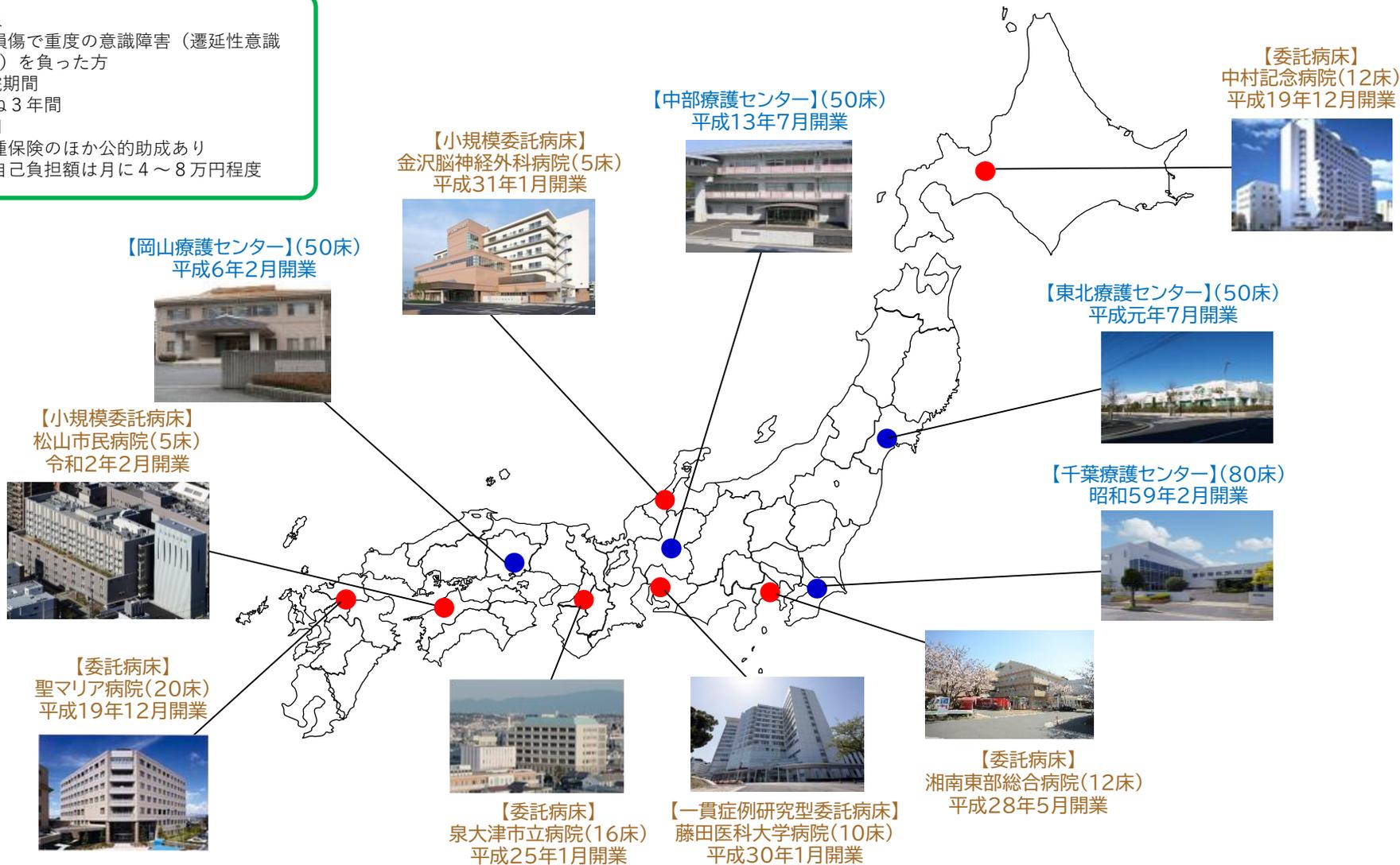
| 業務開始年月  | 名称       | 病床数 | 運営委託先                     |
|---------|----------|-----|---------------------------|
| 昭和59年2月 | 千葉療護センター | 80床 | 医療法人社団誠馨会                 |
| 平成元年7月  | 東北療護センター | 50床 | 一般財団法人広南会                 |
| 平成6年2月  | 岡山療護センター | 50床 | 社会福祉法人恩賜財団<br>済生会支部岡山県済生会 |
| 平成13年7月 | 中部療護センター | 50床 | 社会医療法人厚生会                 |

- 「今後の自動車損害賠償保障制度のあり方に係る懇談会」報告書（平成18年6月）において、効果的な治療による入院期間の短縮と凶るなどをして、療護センター入院患者の長期滞留傾向を解消し、可能な限り多くの交通事故による遷延性意識障害者が事故早期から療護センターに入院し治療ができるようにすべきとともに、一般病院へ療護センター機能の一部を委託し、治療機会の公平性の確保を図る旨の報告書をとりまとめ。
- 平成19年より北海道地区、九州地区、平成25年より近畿地区、平成28年より関東西部地区、平成30年より中部地区、平成31年より北陸地区、令和2年より四国地区に委託病床が順次開設された。

|               | 療護センター（専門病院）   | 委託病床（一般病院の一部病床）  |
|---------------|--|--|
| 病 床 数         | 50床～80床  | 5床～20床   |
| 運 営           | 医療法人へ運営委託（千葉療護センターのみ開設当初NASVAが運営）  |  |
| 土 地 ・ 建 物     | NASVAの所有施設   | 一般病院の一部病床  |
| 高度先進医療機器      | NASVAが整備   | 一般病院の機器を利用   |
| 医 師 ・ 看 護 師 等 | 専属   | 原則、専属<br>（なお、看護師については、小規模委託病床と一貫症例研究型委託病床は兼務も可）  |
| 機 能           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院患者への治療・看護</li> <li>・ <u>遷延性意識障害に係る医療研究</u></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院患者への治療・看護</li> <li>・ 一貫症例研究型委託病床のみ医療研究あり</li> </ul> |

計11ヶ所・310床 (療護センター4ヶ所・230床、委託病床7ヶ所・80床)

- 対象  
脳損傷で重度の意識障害（遷延性意識障害）を負った方
- 入院期間  
概ね3年間
- 費用  
各種保険のほか公的助成あり  
※自己負担額は月に4～8万円程度



## ○ ワンフロアー病棟システムの採用

病室の仕切りを最小限にすることで、常に患者の状態を観察できるとともに、わずかな意識の回復の兆しを捉えられ、効果的な治療と看護を行うことが可能となる。

※ 一部委託病床では、モニタリングシステムにより対応



## ○ プライマリー・ナーシング方式の看護体制

同じ看護師が一人の患者を主担当として継続して受け持つ看護体制。患者のわずかな反応を捉えることや、コミュニケーション手段の確立が可能となる。



## ○ CTやMRI等の高度先進医療機器を用いた治療・看護の実施

患者の残存する脳機能や新たな脳機能の出現の評価等により、治療効果の判定、効果的な治療及び看護方法の策定等が可能となる。



磁気共鳴断層撮影装置(MRI)

## ○ それぞれの患者にあったリハビリテーションの実施

患者ごとに脳損傷の箇所、残存する脳機能等が異なるため、患者一人一人に合わせたリハビリテーション方法を探求・検証しながら実施することで、より効果的に機能回復を行う。



患者ごとに脳損傷の箇所、残存する脳機能等が異なるため、患者一人一人に合わせたリハビリテーション方法を探求・検証しながら実施することで、より効果的に機能回復を行う。

### ① 理学療法

- ・ 筋肉や関節の状態を把握し、異常な筋緊張を改善することで、起き上がり、寝返りなどの基本動作の獲得ため訓練
- ・ 座る、立つ等の姿勢の保持、歩行などの移動手段の獲得のための訓練

【理学療法士 (P T : physical therapist)】



### ② 言語聴覚療法

- ・ それぞれの患者ができる瞬きや指の動きなどの意志表示方法を見つけコミュニケーションの確立のための訓練
  - ・ 食べれることで随意行為が増え、意識障害の回復につながることから、嚥下の訓練
  - ・ 可能な患者は、発声、発語の訓練
- 【言語聴覚士 (S T : speech therapist)】



### ③ 作業療法

- ・ はしやスプーンを使う、服を着替える等の日常動作の再獲得のための訓練

【作業療法士 (O T : occupational therapist)】



日本脳神経外科学会において、下記の6項目の状態が、医療努力によっても改善されずに3か月以上経過したものを「植物状態」と定義している。

- ① 自力移動が不可能である。
- ② 自力摂食が不可能である。
- ③ 尿管失禁状態にある。
- ④ 眼球はかろうじて物を追うこともあるが、認識はできない。
- ⑤ 声を出しても、意味のある発言はまったく不可能である。
- ⑥ 目を開け、手を握れというような簡単な命令にはかろうじて応ずることもあるが、それ以上の意思の疎通は不可能である。



NASVAでは、「植物状態」の定義を基に、療護施設の入院患者の症状について、その程度を判定するための統一基準として、遷延性意識障害者重症度評価表（ナスバスコア）を策定し、平成17年度より適用を開始。

上記6項目を重度(10点)からごく軽度（0点）の5区分で評価し、各項目の点数を合算（最重度は60点）

自動車事故により脳損傷を生じ、重度の精神神経障害が継続する状態にあり、治療及び常時の介護を必要とする方で、ナスバスコアが30点以上の場合、入院対象者となる。

|           | 重度<br>10点   | 高度<br>9点  | 中等度<br>7点  | 軽度<br>5点  | ごく軽度<br>0点   |
|-----------|---|---|--|---|--|
| 1 運動機能    | <input type="checkbox"/> 四肢の自発運動はなし、痛み刺激で四肢の動きなし                              | <input type="checkbox"/> 四肢の自発運動はあるが無目的、疼痛刺激に対し四肢の動きがみられる   | <input type="checkbox"/> 四肢に合目的性のある自発運動がみられる、疼痛刺激を払いのける  | <input type="checkbox"/> 命令に従い体の一部を動かせる   | <input type="checkbox"/> 自力で体位交換が可能、車いすに乗せると不十分でも自力で動かす  |
| 2 摂食機能    | <input type="checkbox"/> 咀嚼、嚥下全く不能で経管栄養(胃ろう又は経鼻)                              | <input type="checkbox"/> ほとんど経管栄養<br><input type="checkbox"/> ツバを飲み込む動作又は咀嚼する動作あり<br><input type="checkbox"/> 多少ならジュース、プリンなどの経口摂食の試みが可能 | <input type="checkbox"/> 咀嚼可、又は咀嚼はダメでも嚥下大略可能で、介助により経口摂取するがときにむせる<br><input type="checkbox"/> 経口栄養の不足分は経管で補う                          | <input type="checkbox"/> 自力嚥下可能、咀嚼不十分でもよい<br><input type="checkbox"/> 全粥、キザミ食を全量介助にて摂取可<br><input type="checkbox"/> スプーンを持たせると口に運ぶ動作あり、又は不十分ながら食物を口に入れる | <input type="checkbox"/> 不十分ながらも自分でスプーンで食べる  |
| 3 排泄機能    | <input type="checkbox"/> 排尿、排便時に体動等全く認められず                                    | <input type="checkbox"/> 排尿、排便時、多少の体動等あり  | <input type="checkbox"/> 失禁はあるが、イヤな顔をする。又は体動が多いなどの合図あり   | <input type="checkbox"/> 規則的に排便、排尿させることにより、失禁を予防できる<br><input type="checkbox"/> 失禁あるも、周囲にわかる(独自の)教え方をする   | <input type="checkbox"/> 夜間を除き、失禁せず教える   |
| 4 認知機能    | <input type="checkbox"/> 開眼しても瞬目反射なし  | <input type="checkbox"/> 開眼し瞬目反射あり<br><input type="checkbox"/> 追視せず、焦点が定まらない  | <input type="checkbox"/> 声をかけた方を直視する<br><input type="checkbox"/> 移動するものを追視する、TVを凝視するが、内容を理解していないと思われる                                | <input type="checkbox"/> 近親者を判別し、表情の変化がある<br><input type="checkbox"/> 気に入った絵などを見て表情が変わる   | <input type="checkbox"/> 簡単な文字を読む<br><input type="checkbox"/> 数字がわかる<br><input type="checkbox"/> テレビを見てその内容に反応し、笑う |
| 5 発声発語機能  | <input type="checkbox"/> 発声、発語全くなし<br><input type="checkbox"/> 気切の場合でも口の動きもない | <input type="checkbox"/> 発声(うめき声)等あるが発語なし<br><input type="checkbox"/> 気切の場合、何らかの口の動きあり  | <input type="checkbox"/> 何らかの発語あるが全く意味不明<br><input type="checkbox"/> 呼名に、ときに不明瞭な返事がある<br><input type="checkbox"/> 気切の場合、呼名に対する口の動きあり | <input type="checkbox"/> ときに意味のある発語あり<br><input type="checkbox"/> 呼名に返事あり<br><input type="checkbox"/> 気切の場合、検者の口真似をする                                   | <input type="checkbox"/> 簡単な問いかけに言葉で応じることができる<br><input type="checkbox"/> 気切の場合、口の動きが問いかけの内容に合っている                 |
| 6 口頭命令の理解 | <input type="checkbox"/> 呼びかけ(命令)に対する応答全くなし                                   | <input type="checkbox"/> 呼びかけに対し、体動、目の動きなどの何らかの反応あり   | <input type="checkbox"/> 呼びかけにときに応じることもあるが、意思疎通は図れない   | <input type="checkbox"/> 簡単な呼びかけに、ときに応じ、ときに意思疎通が図れる   | <input type="checkbox"/> 呼びかけに対し、常に迅速で正確な反応が得られる   |

ナスバスコアが20点以下で脱却（一定の意思疎通・運動機能の改善がなされた状態）となり、退院対象となる。

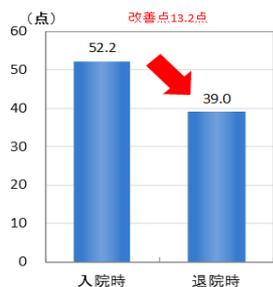
- 入院から退院までを比較した分析において、ナスバスコア平均値の減少が認められ、療護施設における治療改善効果が認められた。
- 同じく、重症度に応じた分析を行った結果、いずれの場合においてもナスバスコア平均値は減少しており、治療改善効果が認められた。
- 「入院時スコアが高くても改善している患者がいること」「事故後経過期間が短いほど改善が良いこと」「入院時の年齢が若いほど改善が良好であること」が分かる。

H17.6.1

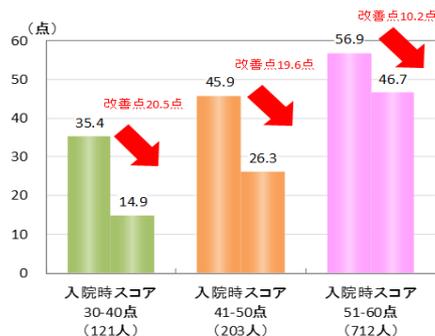
16年間に退院した患者(1,036人)

R3.5.31

入院から退院までのナスバスコア平均値の変化及び改善点(1,036人)



重症度別の入院から退院までのナスバスコア平均値の変化及び改善点(1,036人)



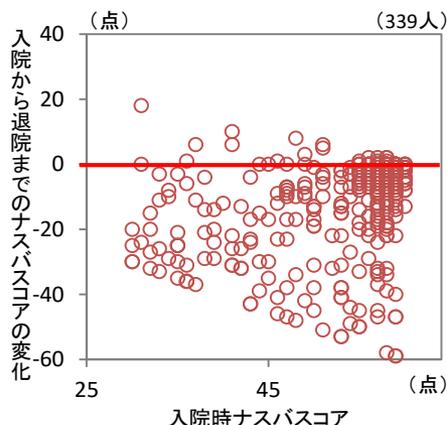
昭和59年2月～令和4年3月末現在

入院者累計 1,799名  
退院者累計 1,435名

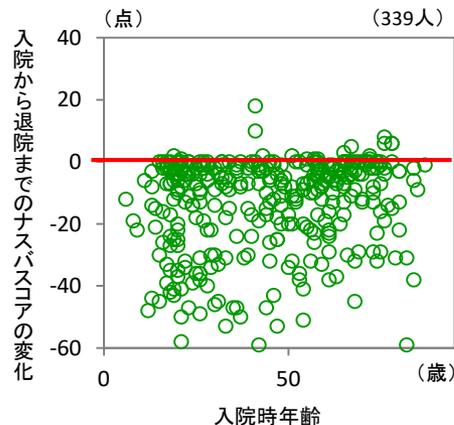
うち「脱却」による退院者 482名  
入院者累計に占める割合 約27%

※一般に自然脱却率 約5%前後

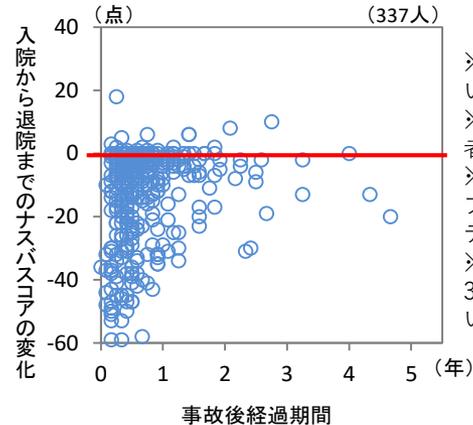
① 入院時ナスバスコア



② 入院時年齢



③ 事故後経過期間



※ グラフ中の○は、患者を表している。  
 ※ 事故後経過期間は、5年以上の患者(2人)を除いて掲載している。  
 ※ いずれのグラフも、下方にあるプロットほどよく改善した患者のデータである。  
 ※ 平成28年6月1日から令和3年5月31日までの5年間に退院した患者について分析