

Healthcare note

2024 October

ケア先進国デンマークと日本のギャップ
～リフトをめぐる今昔物語～

寄稿: 愛媛県立医療技術大学
保健科学部看護学科 地域・精神看護学講座
准教授 窪田 静



目次

1. 『「寝たきり老人」のいる国 いない国 』.....	2
2. なぜリフトを使わないの?	2
3. 拘縮や変形が見当たらない.....	4
4. 発展途上国支援のために「改良」された車いす	5
5. その後のリフト.....	6
6. 持ち上げる福祉用具 Lift ・ 持ち上げない No Lift(ing).....	9
7. 看護教育の遅れ、病院の遅れ.....	11

1. 『「寝たきり老人」のいる国 いない国』

『「寝たきり老人」のいる国いない国』という書物がある。出版社（ぶどう社）のホームページで、著者の大熊由紀子氏¹⁾は、「1990年に世に出した本が毎年のように増刷されて、2008年暮れに、29刷になりました。この本に描いた社会が、日本でまだ実現していないからかもしれません²⁾と述べておられる。さらに調べてみると、2022年には32刷を記録している³⁾。『「寝たきり老人」のいない国』とはデンマーク。『「寝たきり老人」のいる国』は日本のことである。

この本の出版に先駆け、当時、朝日新聞論説委員だった大熊氏は紙面にこう書かれた。『高齢社会の先輩国には「寝たきり老人」に対応する日常語がない。日本でなら寝たきりになっているような人々が、ここでは車いすに乗り、歩行器を使って「歩いて」いた。』

この記事が私の前職場、柳原病院（医療法人財団健和会・東京都足立区）に与えた衝撃はととても大きかった。柳原病院は、病床数が100に満たない小さな民間病院だが、制度のできる10余年も前に、看護師を専任で3人も置いて訪問看護を進め、1980年代半ばには、病院から自転車15分圏内（人口10万人）の地域で、「寝たきりでも家で死ぬる」を実現した⁴⁾。在宅ではなく施設においては、寝たきり起こしやおむつ外しが取り組まれていたが、家族が介護者である在宅ではそれが叶うはずもなく、むしろ医療（尿管や鼻腔栄養）が家族介護者をおむつ交換や食事介助から救っている状況だった。

「寝たきりでも家で死ぬる」を最先端とする立場として、在宅ケアで『「寝たきり老人」のいない国』は事実であるのか、その真相を見極めるべく、健和会の幹部増子忠道医師は1988年5月にデンマークに赴き、彼我の差の要因は「福祉用具が適切にふんだんに使われていること」「介護者が専門家であり家族ではないこと」だと看破した。

その後、大熊氏の計らいがあり、「デンマークの福祉用具センター所長、作業療法士のアナ・ホルム（Anne Holm）氏が、日本の最先端の在宅ケアの現場に入る」プロジェクトが同年9月に実現した。

2. なぜリフトを使わないの？

アナ・ホルム氏には、現場の私たちが「解決策としての福祉用具では万策尽きた」7軒のお宅を訪問していただくことになった。狭くて段差だらけの日本家屋に驚き、悲しそうに首を振る姿を漠然と想像していた。しかしアナ・ホルム氏は

躊躇なく、次々と具体案を示した。

神経内科外来の看護師だった私は、アナ・ホルム氏に ALS（筋萎縮性側索硬化症）の鈴木さんのお宅を訪問していただいた。鈴木さんは 2 年前まで霞が関の官庁に勤務し、歩行困難が進んで退職されたのが 1 年前。ご自宅で動けなくなることが増え、翌春には同僚だった奥様も退職。しかし病状の進行は速く、鈴木さんを支える奥様は、腱鞘炎になり、エプロンのひもが結べないほどの状態になっていた。当時の私たちが精一杯鈴木さんに選んだ福祉用具は、アームサポート（ひじ掛け）やフットサポート（足のせ台）を取り外し式にした移乗しやすいオーダーメイド車いすや、低い便座にかぶせて補高することで立ち上がりを容易に行うことができ、浴室でも旅行先でも使えるシャワー椅子（図 1）などだった。しかし限界を迎えていた。

【図 1】 低い便座にかぶせて補高することで立ち上がりを容易に行うことができ、浴室でも旅行先でも使えるシャワー椅子（当時使用していたものの類似品）



（画像提供）メドライン・ジャパン合同会社

アナ・ホルム氏は、矢継ぎ早に解決策を示してくれた。例えば、「腕を吊って重さから解放し、筋力低下があっても腕を動かせる器具（スプリングバランサー）がいますぐ必要だ」「しゃべれなくなったときのためにパソコン操作に慣れておく方がよい」「座面が電動で昇降する小回りの利く室内用の電動車いすなら、彼はベッドと台所を自由に行き来できる」などである。そして最後にこう言われた。「リフトは絶対に必要。いま皆さんが直面している問題は、リフトがあればすぐに解決する」と。

実に、すべてのお宅でアナ・ホルム氏は同じことを言った。「なぜリフトを使わないの？」そのとき私たちは誰もリフトを知らなかったが、「ここは日本だから、解決できない、しかたがない」とは言う者はなく、皆熱くなっていた。

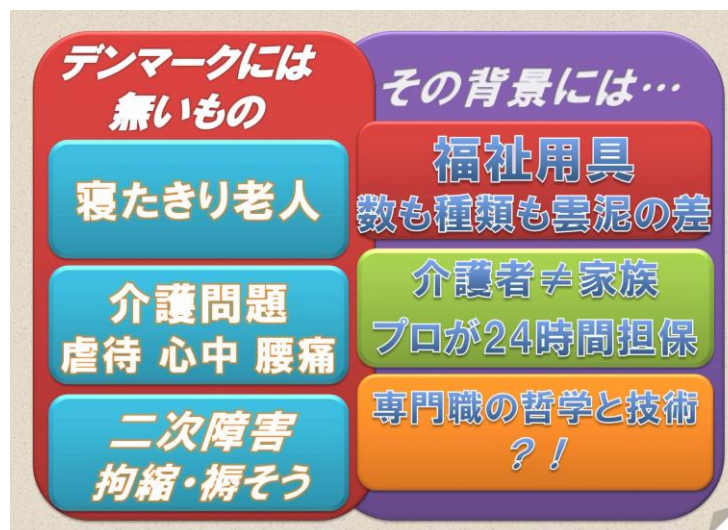
3. 拘縮や変形が見当たらない

1992年、健和会で福祉用具センターを作ることになり、私は半年間の休暇をとってデンマークに渡り、アナ・ホルム氏がプログラムした福祉用具の研修に臨んだ。渡航にあたっては、4年前に増子医師が「寝たきり老人」の要因として挙げていた「福祉用具が適切に使われていないこと」「介護者が家族であること」に加え、私は新たに2つの事象と1つの背景を考えていた。

すなわち、デンマークには「寝たきり老人」がいないだけでなく、「(介護にまつわる)虐待・心中・腰痛問題」「拘縮、褥そうなどの二次障害」といった事象の存在が確認できないこと。

そして、その背景にあるのは「福祉用具」「家族を介護者にしない」ことだけでなく、私達専門職の「哲学と技術」とでもいうべきと考えていた(図2)。

【図2】デンマークに無いものとその背景



(出所) 執筆者作成

デンマークにおける急性期病院、慢性期病院、高齢者リハセンター、コミュニケーションの在宅ケア、ケア付き住宅(日本の理解では特別養護老人ホームに該当)などでの参与観察とディスカッションを通し、「拘縮、褥そうなどの二次障害」が無いかを観察し、スタッフにインタビューした。「リウマチの手指の変形」「脳卒中後の麻痺側ぶん回し痙性歩行」「膝を立てたまま伸びなくなる寝たきり」等々。日本では「そうなるもの」だったのに、デンマークでは見つからない。「20年上の先輩なら拘縮用の補助具を作れるかもしれない」というセラピストの言質をもって、結論づけてよかろうと考えた。私が唯一出会うことができた変形のある

人は、「コミュニケーションが住民を最期まで在宅でケアする義務を負う」生活支援法が制定される前に障害を負ったであろう 50 代の女性で、「例外的な方」と言えた。

4. 発展途上国支援のために「改良」された車いす

研修の終盤、国際的福祉用具リサイクルプロジェクトの現場に伺わせてもらった。資源再利用/環境保全に加え、ODA と失業者への技術教育を包含するプロジェクトで、廃校になった学校の校舎いっぱい、デンマークでは「時代遅れ」になった福祉用具が山積みになっていた。それらは発展途上国や戦地に寄贈されるもので、その国のレベルで使用とメンテナンスができるよう改造を施し、技術指導にも行くのだという。

北欧の車いすは、細やかなパーツの組み合わせによって個別の仕様を実現する「モジュール車いす（図 3）」だ。アームサポートやフットサポートは移乗の邪魔にならぬよう取り外せ、各パーツに高さや奥行き調整機能があり、多彩な形状の中から最適なものに交換できる。しかしそれだけに複雑な適応技術や管理能力を要するし、破損しやすくもある。

【図 3】1998 年、北欧から日本に初めて輸入され、欧米のオールラウンド車いすとして国内販売実績トップを誇るモジュール車いす
日本の車いす界に革命を起こしたいとの願いから REVO と名付けられた



(出所) ラックヘルスケア株式会社 (<https://www.lac-hc.co.jp/products/seating>)

プロジェクトの責任者は、「試行錯誤を繰り返して、やっと発展途上国用に改造した車いすを完成できたところだ。未発表だからこれだけは写真撮影を許可できない」と言いながら、そこに連れて行ってくれた。

そこにあったのは、当時は日本にはそれしかなかったとっていい「標準型」車いすそのものだった（今も病院や公共機関の玄関にあるのはそのタイプだ）。アームサポートやフットサポートが溶接され、可変性を担保するねじ類や、快適な座りを作るためのオプションが取り除かれ、ただ「頑丈」に変わり果てた車いす。衝撃を呑み込みながら、思った。そうか、発展途上国だったのだ、日本は。ならば、校舎いっぱい詰め込まれた「時代遅れ」の福祉用具は、日本に提供されてもいいかもしれない。実際、積みあげられた福祉用具の中には、持ち帰りたいものがある。この姿勢変換機能つきモジュール車いすがあれば、日本のリクライニング車いすでは座れないAさんが楽に座れるだろう。この吊り具が日本にあれば、老老介護世帯でもリフトが楽に使えるかもしれない…。そんな風に考えながら福祉用具の山の前に佇んでいると、飢餓で子どもが亡くなるような国から日本に来ている留学生は、コンビニが時間で廃棄する食べ物をみて、こんな気持ちかもしれない…と考えたりした。

思い切って自分がなぜどのようにしてここに居るのかを説明し、この中のほんの少しだけ日本に持ち帰らせて欲しいと、プロジェクトの責任者に頼んでみた。すると彼は、「なぜ？ 本当？ だって日本は…」と首を振り、「SONY、TOYOTA…」と、日本のトップメーカーの名前を次々に挙げた。しかし同時に、私が真剣で、嘘をつく必要がなく、しかも打ちのめされていることも彼は理解していた。「OK、わかった。明日会議にかけよう。でも、世界第二位の経済大国で、技術大国でもある日本に、デンマークで不要になった旧式の福祉用具さえも無いと考えていたらこうなってしまった」と、彼は私に鳥肌だった腕を見せた。

翌日の夕方、会議の結果が届いた。「このプロジェクトの対象は発展途上国や戦地であり、日本がそうだと認められなかった。あなたが本当に欲しているのはわかっている。だけど私たちが助けてあげることにはできない。残念だ。ごめんなさい」

5. その後のリフト

時を1988年に戻そう。

リフトが、鈴木さん宅に運ばれてきた。床走行式リフト3台の中から、床から臥位で吊れる機種を選び、販売業者の協力を得て1週間試用する機会を得た。

リフトにはいくつか問題があった。まず最初は、吊り具である。当時の日本にあったのは、硬いキャンパス生地を包む布と鎖でできた製品であった。そのため、使用する際は、寝返りして敷き込まねばならず、左右のバランスがなかなか取れずに身体が傾いた。次いで、少し凹んだ畳と敷居がつくる段差に引っか

かる小さいキャスターは、そもそも畳の上の走行を想定していなかった。また、利用者を持ち上げる駆動方式は電動でなく、何十回もポンピングしないといけない油圧式だった。当時、最大の難関を考えていたのは、「うちは2DK。ベッドだけでいっぱいなのにこんな大きなものは置けない」と思っているのがひしひしと伝わってくる鈴木さんご夫妻だった。だけど優しい鈴木さんは、「みなさんの勉強になるのはわかるから、おつきあいますよ」とおっしゃってくださいました。私たちの熱の前に、そう言わざるを得なかったのかもしれない。

時間はかかったが、技術的な問題はどうか解決していった。吊り具は、座ったまま装着できる「脚分離式」がデンマークのアナ・ホルム氏から送られてきた。この形の吊り具は、当時は驚嘆を持って迎えられ、「魔法のスリング」と呼ばれたりしたが、すぐに「スタンダード」になり、今では種類もサイズも様々販売されている。段差は、カーシート製造業の患者さんがタイルカーペットを持参し、解消してくれた。

そんな私たちの試行錯誤の結果が出る前に、鈴木さんはリフトが必要だと判断し、購入された（図4）。それだけでなく、「私たちは共働きで退職したばかりだから、難なく数十万円のリフトを買うことができた。でも必要でも買えない人もおられると思う。車いすのように、リフトは公的に提供されるべき」と言われ、私たちと東京都庁の障害福祉部門に陳情に行ってくださいったのだった。

【図4】鈴木さんが購入した床走行リフト

デンマークから送られてきた脚分離型吊り具でベッド上に降りるところ
背後に立つのは当時の執筆者



それからしばらくして、東京都の日常生活用具給付対象にリフトが加わった。しかも畳をフローリングにする工事費用 49 万円とともに。その後、厚生労働省から問い合わせがあり、国の制度がこれに続いた。そして介護保険制度の設計段階で、レンタル対象用具にリフトを残すことができ、購入用具に吊り具が入った。1 割負担でリフトを使うことができる基盤が全国的に整備されたのだ。しかし、「必要なお宅にリフトが入っている」状況はめったにないまま今日に至っているように思う。どういうわけか。

1 つは費用の問題だろう。要介護 5 でも、訪問介護やデイサービス、ベッドと車いすなどの最低限の福祉用具で、介護保険の給付限度額は容易に埋まり、リフトをレンタルする余地が残らないことがある。プロの介護者だからこそ福祉用具を使えるものなのだが、「人手のコストは用具のコストを奪う」取り合いの構造になっているのがケアプランだ。介護保険創設メンバーの官僚に取り合うことの問題を伝えると、「それは是正されるべき課題」と返ってきたほどだ。しかしその後の状況はご存じのとおりである。現実的には、人手の部分を障害福祉制度に振り分ける方法がある。しかし介護保険以外も使いこなせるケアマネジャーにはあまりお目にかからない。

もう 1 つは、ケアマネジャーがリフトを知らない問題。2008 年に郷里愛媛で大学教員になってほどなく、とある市町で 100 人超えのケアマネジャー対象の講演の機会をいただき、東京での数百例のリフト導入の経験を話した。リフトがベッド・車いす間の移乗を容易にして脱寝たきりに導くことはもちろん、浴槽にゆっくりつかることや、トイレで排泄すること、段差解消困難な玄関出入りを可能にすること。さらには褥瘡を治し、拘縮を緩め、不穏な認知症の方が安らぐといった治癒的な効果ももたらすこと。おむつ交換（仰向けで膝を吊ってお尻を浮かすことができる）、排泄自立（尿器を使うときに掛布団を持ち上げる）、新聞保持具（ハンガーに洗濯ばさみを付けて吊る）、足の爪切り（足を持ち上げておく）等々、ユニークな用途もあることなど。

講演が終わって、会場から手があがった。「リフトがとてもいいことはよくわかった。使ってみたい。でも、見たことがない。触ったこともないので、利用者にお勧めするのは不安」との声があった。私は、「福祉用具の展示場で体験できることや福祉用具の協会がセミナーをしているので、デモをしてくれる貸与事業者の紹介もできるはずだ」ということを伝えた。

しかし、「リフトを見たことない方はいらっしゃいますか？」と会場に問いかけて、全員が挙手した光景は今も忘れられない。四半世紀前の私達と同じ状況がまだここにあり、それはきっと日本の平均的なものに違いなかった。

6. 持ち上げる福祉用具 Lift ・ 持ち上げない No Lift(ing)

ここまでリフトという言葉は、人を持ち上げるための福祉用具のことだった。ここからは持ち上げるという動詞の Lift もあること、その前に否定を意味する No をつけたり、後に ing をつけたりすることと、海外 3 か国の状況をお伝えしたい。

■ オーストラリア

No Lift を日本に紹介したのは、オーストラリアから帰国し、2008 年に日本ノーリフト協会^{※1}を設立した保田淳子氏だ。人力で人を持ち上げない No Lifting をオーストラリア流に言うと No Lift らしい。持ち上げない原則をおろそかにする状況があったら、「No Lift !」と声かけしやすいと思う。ノーリフト[®]及びノーリフトケア[®]という言葉は日本ノーリフト協会の登録商標なので、使用するときには連絡が必要だ。特定の製品の名前になったりしないために必要であり、申請時のコミュニケーションを正しい知識を伝える機会としているとのこと。ただ、近年採用された看護師国家試験出題基準のように、間違いなく使われる状況では[®]マークはつかないようだ。

日本ノーリフト協会の重要な役割はロビー活動で、様々な面で中枢に影響を及ぼし、日本を変えてくれたと思う。私が日本ノーリフト協会学んだ大切なことを以下に簡潔に述べてみたい。

- 日本人が依拠するボディメカニクス^{※2}や腰痛体操、コルセットは対処療法にすぎない。
- ボディメカニクスで腰痛が予防できるというエビデンスはない。
- 腰痛を「職業病」とみなすことが誤りである。
- 腰痛は個人の責任ではなく職場の管理責任である。

■ 英国

英国からの情報は、2003 年に日本看護協会出版会から出された「刷新してほしい患者移動の技術」という書（絶版）によって日本にもたらされている。英国腰痛予防協会と英国王立看護協会による 1993 年の版を加藤光宝看護師らが翻訳したもので、1992 年に英国で定められた「人の手で行う移動に関する規則 (Manual Handling Operations Regulations)」が反映されているようだ。この書から私が学んだことを僅かながら、紹介させていただく。

※1 ノーリフト協会は 2010 年に一般社団法人となっている。

※2 ボディメカニクスとは、寝返り（体位変換と言う）や移乗介助など重量的な負荷のかかる看護技術を行うときに、効率的に身体を使い、腰痛をはじめとする筋骨格系損傷を予防できるとされる方法である。

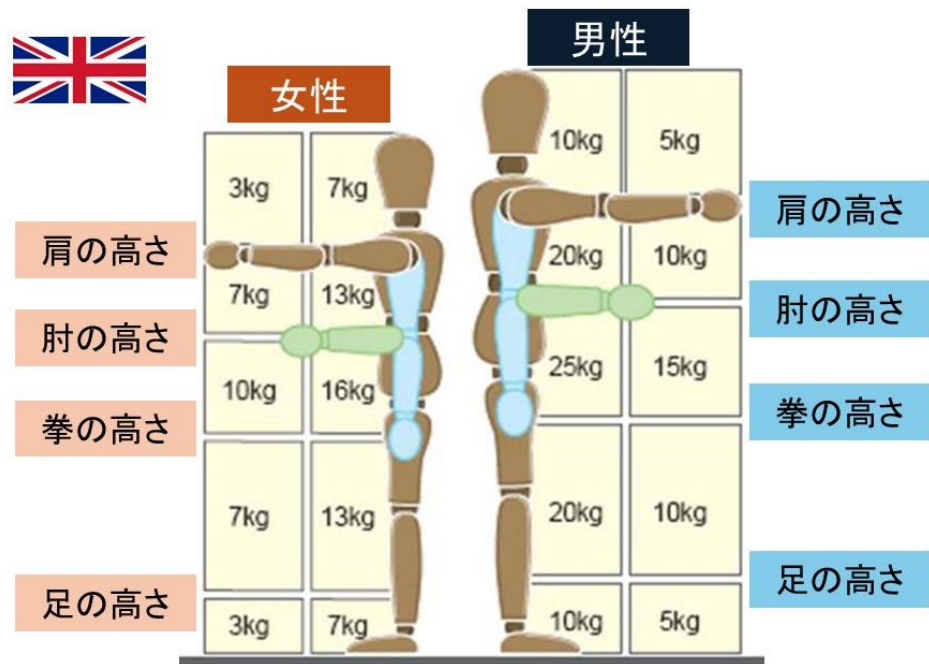
- 英国王立看護協会は職能団体であると同時に労働組合であり、看護師の 1/4 が腰痛で離職している現実を変えるべく、この規則をつくることに尽力した。
- リフト等大型機器の購入経費は 1 病院あたり年間予算総額の 0.3%、維持管理と補充経費は 0.003%、事故と健康障害により生じる直接&間接経費は年間経費の 5%である。ここには、早期退職する職員の経費には医療費、傷病手当、社会保障手当、年金、養成と研修に費やした費用、訴訟の弁護士費用、損害賠償額が含まれる。臨時雇用する職員分としては、雇用に必要な費用と研修費用、患者関係では損傷の治療費、訴訟の弁護士費用、損害賠償額が必要となる。それ以外にも、否定的な報道、モラル（士気）低下、生産性低下、組織のイメージ低下、膨大なリストの処理、時間の損失を招く。そして、従業員を守らない雇用者には、最高懲役 2 年、上限のない罰金が科せられる。
- Lifting に関する許容荷重量は、人数が増えるほど効果が落ちる。女性 1 人の許容上限 16.6kg が 2 人になっても 2 倍にはならず 2/3 を乗じた 22.2kg となるので、増員効果はわずか 5.6kg である。3 人では 3 倍に乗ずるのは 1/2 で 25.0kg、効果は 2.8kg である（図 5）。よく現場で「人を呼んで」解決を図ろうとするが、複数人になることは有効ではない。それどころか、急に重量配分のバランスが崩れ得るため絶対的な禁忌だとデンマークでは教わった。
- 持ち上げ lifting と抱え降ろす lowering 作業時の許容重量は、英国安全衛生庁（Health and Safety Executive）に示されており、考え方の基本は肘を曲げて身体に密着させて抱える姿勢から遠ざかるほど許容量が小さくなるということである（図 6）。この原則から、図 5 で人数が増えるほど効果が落ちる理由が容易に理解できるであろう。なお、英国における数値基準 Lifting と人数(図 5)、持ち上げ lifting と抱え降ろす lowering 作業時の許容重量(図 6)については、拙著⁵⁾でもう少し詳しく解説している。

【図 5】英国における数値基準 Lifting と人数



(出所) 執筆者作成

【図6】持ち上げ lifting と抱え降ろす lowering 作業時の許容重量



(出所) Manual Handling Operations Regulations 1992, Health and Safety Executive
より執筆者作成

■ 米国

米国保健社会福祉省 (Department of Health and Human Services:HHS) 管轄下の疾病対策予防センター (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) に属する疾病対策予防センター (National Institute of Occupational Safety and Health:NIOSH) ⁶⁾ の中に示されている推奨限界荷重値の計算式が興味深い。荷重乗数 (英国の男性の数値に近い 23kg が示されている) に乗じるべき係数として、「水平距離」「垂直距離」「垂直移動距離」があり、さらに持ち上げ対象物の性質として「非対称係数」と「接合要素」、筋疲労を考慮するための「頻度係数」も示されている。

7. 看護教育の遅れ、病院の遅れ

100人超えのケアマネジャーがリフトを見たことがなかった講演で、看護大学教員としての私に深く刻まれたのは、実は講演終了後の出来事だった。会場を片付け始めたとき、数名の学生が駆け寄ってきて私に「私達学生が習っているのに、プロの方が誰もリフトを知らないって、どういうことですか」と問うてきたのだ。これを受け、翌年から学生にはこう伝えるようになった。「これは最先端の知識と技術。古い教育を受けたプロの専門職の知識が刷新されていない現状がある。」

新しい知識を持つ新しい人材は、それを変えていく存在になってもらいたい」ひどい話だと、わかりながらの苦渋の選択だった。

学生に教えられたことはもう一つある。それはある学生が、「ボディメカニクスが身につかない原因を探りたい」という卒業論文を書こうとしたことから始まった。日本では金科玉条的な位置づけとなっており、「腰痛の原因＝ボディメカニクスの技術不足＝その人の責任」という暗黙もしくは雄弁な圧が蔓延している。

労働衛生が守られる国々でのボディメカニクスは、リフト、スライディングシート、スライディンググローブなどの移動介助系福祉用具の使用を前提とし、それらをより効果的に使う技術となっている。しかし日本は「ボディメカニクス一本やり」状態に留まっているため、卒業論文のテーマは深刻で解決すべきものだった。

さらに見渡せば、3年次の在宅看護論（リフト使用が前提となっている）以前の授業や演習は、「ボディメカニクス一本やり」であったため、学生は低学年で教わったことを高学年で塗り替えなければならなかった。また実習先の病院や施設では移動介助系福祉用具がほぼ使われておらず、学生たちは実地に福祉用具を学ぶ機会を持ってないばかりか、福祉用具は絵に描いた餅ととらえかねなかった。

このように、看護基礎教育の課題は山積している。その中で、わが大学では、教員が研修を受け、1年次からノーリフト、ノーリフティングのポリシーと福祉用具を用いた看護技術を教えるカリキュラムにすることができた。広く教員の意識を喚起したのは、講演にお招きした埜田和史先生（当時滋賀医大教授、現びわこリハビリテーション専門職大学リハビリテーション学部 作業療法学科教授）からの言葉の影響だったと思う。

埜田先生は主要業種別の業務上腰痛件数のグラフ（図7）で、保健衛生業の右肩上がり具合を示され、私たちにショックを与えてくださった。この状況に危機感を募らせた厚生労働省が新しくした「職場における腰痛予防対策指針」の改訂ポイントをはじめ、そのとき私の心に落ちたことをまとめると次のようになる。

- この指針の画期的なポイントの1つ目は、旧指針で「重症心身障害児施設等における介護作業」に限っていた適用範囲を「福祉・医療分野等における介護・看護作業」に拡大したこと。
- 2つ目のポイントは、責任の所在が事業者にあることを明確にし、自己責任論の脱却を促していたこと。重要箇所に下線をつけてその文面を紹介する。
 - ・ 原則として、人力による人の抱え上げは行わせないこと。
 - ・ 訪問介護・看護においては、事業者が各家庭に説明し、対応策への理解を得るようにすること。

- 腰痛になった事実を表に出す介護職には対策が講じられた。看護職は腰痛を恥とし、表わそうとしないようだ。教育が自己責任論を叩き込んでいるからではないのか。
- 自己責任論のまま管理責任が認識されず、環境を改善しない職場では、腰痛で休む同僚、離職する同僚を「脱落者」とみなしていることになる。また腰痛で離職しなかったサバイバーが管理者になっていくことも認識する必要がある。

【図 7】 主要業種別の業務上腰痛件数（休業 4 日以上）



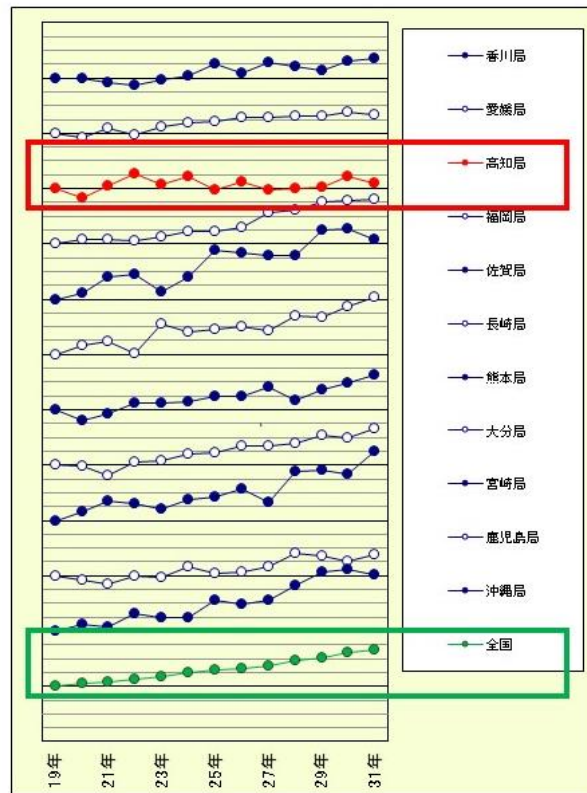
(出所) 厚生労働省「業務上疾病発生状況等調査」より作成(滋賀医大 北原・埜田提供)

看護教育と病院は、変わらない悪循環の中にあるのだろうか。

一方、介護施設は変わりつつある。コロナ禍前のこと、関わっていた障害者施設の施設長が、「ノーリフトをやってない施設の方が少ない」とおっしゃっていた。

県としてノーリフティング宣言をして 10 年になろうとする高知県では、その成果が数字に表れるようになってきている。⁷⁾ 社会福祉施設における死傷病災害件数の推移をみると、件数が上昇し続ける他の県とは異なり、高知県では横ばいを呈している (図 8)。しかし、その高知県ですら病院は福祉施設に後れをとり、後塵を拝していると聞くと、好事例の話も散見されるようになってきた。ご関心のある向きは、高知家まるごとノーリフティングの web サイト⁸⁾ と一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワークが主催するセミナー案内⁹⁾ のチェックし、参加していただきたい。

【図 8】 社会福祉施設における死傷病災害件数の推移



平成 19 年を 100 とし、1 目盛 25 件

(出所) 滋賀医大 埴田提供

< 参考文献等 >

- 1) ゆき. えにしネット (yuki-enishi.com)
- 2) ぶどう社/福祉/「寝たきり老人」のいる国いない国 (budousha.co.jp)
- 3) 『「寝たきり老人」のいる国いない国』から 30 年余, 変わったこと, 変わらなかったこと, そして, これからのこと 生活協同組合研究 2022 年 7 月号 Vol. 558 p51-58
https://www.jstage.jst.go.jp/article/consumercoopstudies/558/0/558_51/_pdf/-char/ja
 生活協同組合研究 2022 年 7 月号 Vol. 558 | 刊行物情報 | CCIJ-公益財団法人 生協総合研究所
- 4) 大沼和加子, 佐藤陽子. 家で死ぬ : 柳原病院における在宅老人看護の 10 年, 勁草書房, 1989 年 6 月
- 5) 窪田静. 楽に動ける福祉用具の使い方第 2 版, 第 1 章総論-3 福祉用具で介護者をまもる-5 国外の腰痛予防対策, p14-16, 看護協会出版会, 2023 年 1 月
- 6) 安全な患者の取り扱いと移動性について | 医療従事者 | 疾病管理予防センター (cdc.gov)
https://www.cdc.gov/niosh/healthcare/prevention/sphm.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/niosh/topics/safepatient/default.html

- 7) 埜田和史ほか : 「腰痛予防のためのノーリフティングケア 高知モデルの検証」, 産業医学ジャーナル, 45(3) 66-74 2022
- 8) 高知家まるごとノーリフティング (kochi-no-liftingcare.jp)
- 9) 一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク (nhcn.jp)

バックナンバー 【2023年発行分】

発行日	No.	タイトル	執筆者
23.01.23	23-01	地域医療連携推進法人における DX	編集主幹 市川 剛志 寄稿 地域医療連携推進法人 湖南メディカル・コンソーシアム 理事 社会医療法人 誠光会 法人本部 副本部長 藤山 裕之
23.02.27	23-02	人生 100 年時代、科学的根拠のある食品・化粧品素材の開発への挑戦	編集主幹 市川 剛志 寄稿 熊本大学大学院生命科学研究部附属 グローバル天然物科学研究センター 准教授 株式会社 C-HAS プラス 取締役社長 COO 首藤 剛
23.04.28	23-03	医業承継対策と資産運用 ～ 出資持分あり医療法人の承継と金融資産についての考察 ～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー株式会社 事業統括本部長 公益社団法人日本アナリスト協会認定 シニア・プライベートバンカー 税理士 清野 修
23.05.29	23-04	薬局のDX「京都の薬局プロジェクト」から生まれた AIを用いた調剤薬局向け薬剤監査アプリ	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 Geek Guild 代表取締役 尾藤 美紀
23.06.26	23-05	改正を機に改めて考える出資持分の承継と認定医療法人制度	編集主幹 市川 剛志 寄稿 税理士法人山田&パートナーズ 医療事業部 森田 咲子
23.07.31	23-06	先天性無歯症患者の欠如歯を再生する新規抗体医薬品の開発	編集主幹 市川 剛志 寄稿 時田 義人 愛知県医療療育総合センター発達障害研究所 障害モデル研究部門 主任研究員 杉並(村島) 亜希子 公益財団法人田附興風会医学研究所 保健・健康部 客員研究員 喜早 ほのか トレジェムバイオフーマ株式会社 代表取締役 高橋 克 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 歯科口腔外科 主任部長
23.08.31	23-07	健康と病気に関するリスク診断法の開発と応用 — がんのリスク診断を中心に —	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社レナテック・ヘルスケア分析センター 岡本 直幸、清水 拓弥、藤本 俊介、稲垣 精一
23.09.29	23-08	形状記憶合金の特性と医療分野への応用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 一般社団法人形状記憶合金協会
23.10.30	23-09	進化する次世代医療基盤法による医療ビッグデータの活用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 内閣府 健康・医療戦略推進事務局
23.11.27	23-10	ソーシャル・コンピューティング :新しいリアルワールドのエビデンスの活用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 荒牧 英治 奈良先端科学技術大学院大学 教授
23.12.25	23-11	在宅医療を取り巻く課題と医師の働き方改革	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 あんしんサポート 代表取締役 古賀 功一

バックナンバー 【2024年発行分】

発行日	No.	タイトル	執筆者
24.01.29	24-01	医療・福祉分野における外国人材の活用 ＝「技能実習制度」から「育成就労制度(仮称)」へ＝	編集主幹 市川 剛志 寄稿 アイブリッジ協同組合 代表理事 佐藤 敏信
24.02.26	24-02	未来を切り拓く！デジタル技術と医療の融合から生まれる 革新的な治療アプローチ「治療アプリ」	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 CureApp
24.03.29	24-03	車いすによる緊急避難を可能にする「金属の棒」 ～ウクライナ支援プロジェクトで叶えられた希望～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社JINRIKI 代表取締役社長 中村 正善
24.04.23	24-04	救急医療 DX を起点に広がり始めた医療 DX の可能性	編集主幹 市川 剛志 寄稿 TXP Medical 株式会社 代表取締役社長 医師 園生 智弘
24.09.30	24-05	我が国における病院 PFI 事業の変遷と今後の展望 ～魔法の杖は本当に折れたのか～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 防衛省 防衛医科大学校 病院企画調整官 井上 剛一

本資料は、ご参考のために野村證券株式会社が独自に作成したものです。本資料に関する事項について意思決定を行う場合には、事前に弁護士、会計士、税理士等にご確認いただきますようお願い申し上げます。本資料に含まれる情報をもたらす一切の影響、本資料の内容に関する正確性及び完全性に関して、野村證券株式会社は責任を負うものではありません。本資料中の記載内容における各種法令・省令・規則・告示・通知等は随時改定されますので、あくまでもご参考資料としてお取り扱いください。また、本資料のいかなる部分も一切の権利は野村證券株式会社に属しており、電子的または機械的な方法を問わず、いかなる目的であれ、無断で複製または転送等を行わないようお願いいたします。

Healthcare note No. 24-06

2024年10月31日発行

【発行】 野村證券株式会社 ヘルスケア・アドバイザー一部
〒100-8130 東京都千代田区大手町2-2-2
アーバンネット大手町ビル20F
<https://www.nomuraholdings.com/jp/sustainability/sustainable/hca/index.html>

【編集主幹】 市川 剛志

NOMURA
野村證券