

スピリチュアル・ケアの基礎となる3要素について

—在ること・聞くこと・触れること—

菱刈美和子

On Three Elements Constituting the Ground of Spiritual Care Practice : Being, Listening and Touching

Miwako HISHIKARI

This article aims to point out that three elements constituting the grounds of spiritual care. In particular, being, listening and touching are very important. At first, Nursing as a profession have to notice the meaning in the sickbed.

はじめに

前稿に引き続き¹⁾、小論ではスピリチュアル・ケアの実践について考察していきたい。その際、スピリチュアル・ケアの基礎を構成する3つの要素に注目する。主に参照したのは、オブライエンの『看護におけるスピリチュアリティ』(*Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground*)²⁾である。この好著には、ナイチンゲールと同じように、キリスト教の伝統に根差したスピリチュアル・ケアの理論と実践が凝縮されている。むろん、これがそのままの形で現代日本の看護界に導入可能ではないにせよ、ここには我が国でもいよいよ高まりつつあるスピリチュアル・ニーズに対する重要な示唆が含まれている。とくに、患者とともに「在ること」(Being)、患者の身体的な言語も含めた声を「聞くこと」(Listening)、そしてからだに「触れること」(Touching)の3つの行動が、スピリチュアル・ケアの基礎を支えているとされている点をここでは紹介し、一般的な事例によって補足しておきたい。が、その前に、まずこうした患者や病人、総じて「病床にある」人々は、果たしてどのような世界に生きているのである

うか。

看護者としての患者に対する共感の問題等についてこれまで再三論じてきたが³⁾、やはり患者が生きる世界について再確認しておくことは無意味ではないであろう。看護者を含め、ふつう「われわれの実用的で多忙で、かつ騒々しい健康人」⁴⁾は、目の前にあって(実は遠い)病床にあることの意味を忘却しがちであるからである。再度その意味を想起する優れた手がかりとして、ヴァン・デン・ベルク『病床の心理学』(*Psychologie van Het Ziekbed*)から要点をpushしておこう。

1節 病床にあることの意味

—看護者でさえ忘れがちなこと—

わたしたちが病床についた場合、世界はどのように変化するであろうか。こうした経験をもつ医師や看護師なら、おそらくその記憶を蘇らせることもできるであろうが、しかし、それとてもまた日常の実用的かつ騒々しい世界に立ち戻った瞬間、忘れ去ってしまうのがふつうである。ヴァン・デン・ベルクは現象学的な見事な描写によって、わたしたちに対して「あのとき」の経験をリアルに思い起こさせる。いわゆ

る正常な状態、健康である人は、現在ではなく将来において生きている、と彼はいう。

正常なときは、私は将来において生きるし、将来が過去から私のなすべきことを引き出すかぎり、過去にも生きる。そこでは、若干の特殊な場合を除いて、現在に生きるということは決してなく、そのことを考えることもない。しかし、病床は私がこの現在からのがれることを許さないのだ⁵⁾。

当たり前のようにいて当たり前ではなかった「意味」に、このフレーズは気づかせてくれる。つまり、ふつう人々は現在を生きていないのである。とりわけ、ありとあらゆるものが未来のための準備として、有用性と功利性の名の下、多忙と喧騒のなかに吸い込まれてしまう現代人には、そのほとんどが現在を自分のために生きることを許されていない。かつてアリストテレスが人は閑暇を求めて閑暇なく働くといったことは現代に生きるわたしたちほぼ全員に当てはまるといえよう。そこで唯一、病床についた場合にのみ、わたしたちは病床というベッド(sickbed)に固着させられ、否応なしに自己の「からだ」の現在と向き合うことになるという。しかも、いつものように思い通りにはならない異化された異物のような「からだ」に。ここで患者は、完全に「受け身」である。どんなに実用的で多忙に活躍してきた人々でさえ、このとき「からだ」は active ではなく passive にさせられる。

病気の生活は、彼にとって現実に生きる生活のように思われず、ただ受け身で耐えなければならないものである⁶⁾。

そこで、病床にある者は、新たな価値観と意味とに目覚めなければならない。そうでなければ、それはとても苦しいものになるであろう。だが、それはそう簡単に覚醒されるような価値

でも意味でもない。とくに、健康な日々の思い出に執着し、職歴、学歴、名声、あるいは金銭な世俗的な富に心を費やしてきた人々にとってはそうであるが⁷⁾、これはわたしたちほとんどすべての人々と無縁でない価値観である。

ところが、ヴァン・デン・ベルクは、病床にいやでも耐えて横たわり、現在に生きることに立ち返った場合、実はこうしたことからは無意味だったことに気づくという。それは、あたかも幼少のころに遡って、小さな些細なことがらのなかに、それを幸福だと意識することすらなく喜んだあの日のようである、と。顧みてみれば、そこに気づくまでのサポートがスピリチュアル・ケアの実践であるともいえよう。その本当の成果は、病床にある当人にしか分からないことではあるにせよ。

現代に生きるわたしたちは、いよいよ盛んとなる「無駄はぶきの技術」⁸⁾のおかげで、利便性は追求されるものの、わたしたち人間存在を本来は根底で支えている病氣や死との接触を失いつつある。地震や災害、さらに放射能を含めた人為的リスクなど、「われわれの、幸福で健康なうわべの生活の底には恐怖がある」⁹⁾ことを決して忘れてはならない。人生とは、死を最後の一里塚とする長い行列である¹⁰⁾。

われわれの人生の歩みは死との絶えざる対話である¹¹⁾。

わたしたちが、健康なときにはまるで自分の所有物であるかのように思っていたこの「からだ」は、時間の経過とともに間違いなく病氣や死によって、自分のものではなくなる。こうした原事実とその意味とを、病床にあることは、わたしたちに開示してくれるのである。しかも、これは「すべての人々」とかかわりのあることからである。看護者は、しばしば忘れがちなこの意味に覚醒する地点から、スピリチュアル・ケアの実践へと歩みはじめるべきである。

2節 スピリチュアル・ケアの 基礎となる3要素

すべての看護師がこうした意味を自覚すべきではあるが、しかし、ケア、とりわけスピリチュアル・ケアに携わる看護師には、その基礎となる3つの要素があることをオブライエンは指摘している。

まず1つ目の要素とは、患者とともに「在ること」(Being)である。

判断を下すことなく病んだ人とともに在ることは、意味が創発されるための場所、さらに聖なるものが明らかにされるための場所を作り出す¹²⁾。

病人は、しばしば問いかける。なぜ、わたしはこうなったのか。なぜ、わたしだけがこうならなければならないのか、などと。このクエスチョンに対するアンサーは、ない。その人自身の内で「個人的な答えが立ち現われてくる」(personal answers to emerge)のを待つことしか、看護師にはできない。そのためのときを、できるだけ彼らとともに過ごす。患者とともに在ることしか、看護師にはできない。だが、この「ともに在ること」(being with)こそが、ヘルス・ケアの心情に他ならない。

次に2つ目の要素とは、患者の感情的な声を「聴くこと」(Listening)である。

多くの人々が話を聞いてもらうための耳を求めている。…もはや隣人の声を聞こうとしない人は、すぐに神の声も聞こうとしなくなるものだ¹³⁾。

「聴くこと」はともに「在ること」と密接に関連している。ともに「在ること」は、同時に患者の声にならない声をも「聴くこと」である。確かに、わたしたちは患者と入れ替わるはずもなく、ただその声を「聴くこと」しかできな

い。だからこそ、看護師は「開かれた耳、目、そして精神をもって」(with open ears, eyes and mind)患者の声を聴こうとしなければならないのである。このとき、患者はわたしたちにとっての「最良の教師」(best teachers)になるという。病床での患者から学んだ看護師や看護学生は数多いという事実が、このことを裏付けているともいえよう。

そして3つ目の要素とは、患者に「触れること」である。

一人のらい病(ママ)を患っている人がイエスに近寄り、ひれ伏して、「主よ、御心ならば、わたしを清くすることがおできになります」と言った。イエスが手を差し伸べてその人に触れ、「よろしい。清くなれ」と言われると、たちまち、らい病は清くなった¹⁴⁾。

これは新約聖書からの一節であるが、「触れること」の重要性が示されている箇所であるという。病床のみならず、悲嘆や落胆の際、言葉ではなくからだに触れること、「心をひとつにして触れること」(compassionate touch)が、どれほどわたしたちを勇気づけてきたことか。こうした経験をもたない者は、おそらくいないはずである。

このように、オブライエンが指摘する「在ること」「聴くこと」「触れること」は、とりわけスピリチュアル・ケアの基礎を形成する行動であるといえよう。しかも、それは病床にあることの意味を深く自覚しえた者にもみ可能な実践なのである。

3節 ケアの3要素が見出される一般事例

スピリチュアル・ケアのみならず、一般の看護実践の根底にも作動すべきこうしたケアの精神および行動は、成人看護学実習の急性期のケースにも当てはまるといえよう。次に、その事例を取り上げ、実習指導の課題について触れておきたい。

以下の事例は、ある学生がケース・サマリーで発表したものであるが、この学生の学びから、前述したスピリチュアル・ケアの基礎となる3要素について考察し、今後の課題を明らかにしたい。

尚、このケースを使用することにおいては、2010年7月に研究対象者に研究の趣旨を説明し書面で同意を得え、本学科の倫理委員会で承認を得ている。

事例展開：肺癌で肺切除術を受ける患者の看護【患者についての情報】

1. 患者のプロフィール

患者：A氏 60歳代 男性

既往歴：特になし。

家族歴：父親は62歳の時に肺癌で他界。

家族構成：現在は母親（84歳）とA氏と2人暮らし。兄弟はなし。既婚であるが、妻、子供達（息子2人、娘1人）とは別居中である。近隣に妻と次男夫婦が住んでいる。長男夫婦と長女（2か月後に結婚の予定）は他県で暮らしている。妻は自分で人生の選択をしてきたことはなく、常に夫に頼った生活であった。

職業：25歳から製造業の会社を設立し、現在も現役で社長の役割を果たしている。

性格：A氏いわく、仕事上だから人と付き合いってきたが社交的ではなく、一人の時間をもつのが好きである。

2. 入院までの経過

A氏は生来健康で特に大きな病気をすることなく経過していた。平成22年6月のある日、還暦を記念に家族のすすめで人間ドックを受けた。CTの結果で右下葉S8に腫瘤を指摘された。その数日後、CTガイド下肺生検目的でA病院を受診し、右下葉S8に10mm大の結節を認め、右原発性肺癌と確定された。その後、右下葉切除術目的で入院となった。

3. 入院時の患者に関する情報

診断名：右原発性肺癌

患者の入院期間：平成22年6月〇日～〇月2〇日

入院時の患者への説明：「進行がんであるが、遠隔転移は見られないので、右下葉切除術を行う。」

患者の受け止め方：「人間ドックで癌が発見されたことは、本当によかった」、「肺癌については父親と同じ病気だから、ある程度はわかっている。治療や予後に対しては医師にお任せするしかない。自分が入院することで一人暮らしになる母親のことが気がかりである。」

身体所見：身長172cm 体重63kg 体温36.8℃。健康知覚・健康管理：「喫煙が原因で肺癌に至ったことは理解している。たばこを吸っていたことについては、「百害あっても一利なしだね、しかし、会社をしているとストレスもあってね。」と言っている。

嗜好品：30年前から1日20本の喫煙をしている。飲酒は毎日ビール500ml程度を晩酌していた。

栄養・代謝：義歯あり。食欲は良好。

排泄：一日7～8回/夜間1～2回。

活動：運動：普段は車で移動が多く、歩くことは少なかったが、階段等で息切れが強くなっていった。血圧116/68mmHg, 脈拍72回, 不整無呼吸15回。

趣味：読書、ジャズ鑑賞。気分転換に1週間に2日は聴いていた。

睡眠・休息：睡眠時間は7時間。夜間咳嗽による睡眠が妨げられたと意識したことはなかった。認知・知覚：胸部痛は特になし。遠視である。聴覚は特に問題ない。

自己知覚・自己概念：会社を設立し社長として頑張ってきた。やりがいを感じている。

役割・関係：入院に際して役割が果たせないことを申し訳ないと思っている。

コーピング・ストレス：A氏いわく、性格的に仕事上だから人と付き合いってきたが社交的ではなく、一人の時間をもつのが好きである。ストレスがあるとため込んでしまう方だ。

価値・信念：子供は親を看取る側であり先に死ねない。母親に申し訳ない。宗教は禅宗であるが、普段は熱心でなかった。

4. 入院後の検査結果

理学所見：右下葉で呼吸音の減弱あり。頸部リンパ節の触知はしない。

呼吸機能検査：肺活量（VC）2.4L，%肺活量（%VC）75%，1秒量（FEV_{1.0}）1.45，1秒率（FEV_{1.0%}）68%，ピークフロー（PEFR）4.9L/秒軽度の混合型肺機能障害。

動脈血ガス分析：PaO₂：80mmhg，PaCO₂：42mmhg，PH7.42，HCO₃⁻：27.9mEq/L，SpO₂：95%

血液検査結果：WBC：4.9/uL，RBC：433/uL，Hb：13/uL，Plt：22.8/uL。Ht38.8

生化学検査：Na：141/L，K：4.5/L，Cl：108/L，TP：6.8/dL，Alb：4.3/dL，TB：0.6dL，GOT：31Iu/L，GPT：19Iu/L，BUN：16，Cr：0.7，LDH：162u/L，Ca：8.9，GLU：126mg/dL，CRP：0.8mg/dL

胸部X線所見：右下葉に陰影を認める。含気は良好で明らかな胸水貯留は認めない。

胸部CT所見：右下葉S8に腫瘤を指摘された。その数日後，CTガイド下肺生検で右肺下葉S8に10mm大の結節を認めた。

5. 入院後の経過と術前の状態

入院後の経過：内服薬が開始され，術前6月〇日～テルネリン3mg/日，ムコソルバン45mg/日を服用。

術前訓練：呼吸訓練：トリフローや腹式呼吸，ネプライザー3回/日を実施。

本人は「訓練に対しては効果があるのかね？」と呼吸訓練に疑問を抱いていた。

【看護の実際】

ここでは，本研究テーマに関する術前の問題リスト#1のみ記載する。

1. 看護の問題

#1存在の危機に対する不安感。

- ① 父親が肺がんで苦しんで他界したので，同じようにあの苦しみを自分も味わって死ぬのかという予後に対する死への恐怖や不安。
- ② 母親や家族，仕事に対しての子供，父親，社長としての役割が果たせなくなることの恐れ。
- ③ 今の治療は自分にとって最適な治療の選択なのかという迷いと恐れ
- ④ がんである自分を受け止めるが，この先どうなるのか何から手掛けたらいいのかという焦燥感と不安

2. 看護計画

〈O-P〉

- ① 呼吸苦や胸部症状は増悪していないか
- ② 肺がんや手術の受け止め方
- ③ 気分の落ち込みや不安や予後に対するあせりの状況
- ④ 安心して休息をとることができているかどうか
- ⑤ 不安を表出できているかどうか
- ⑥ 日常生活の活動状況（血圧の変動や移動状況，便秘，食欲不振，不眠などへの対処方法を含む）
- ⑦ 医療関係者，家族のコミュニケーションの様子
- ⑧ 過去の生活におけるストレスや困難な出来事

〈T-P〉

- ① 患者の心の思いや痛み，不安について表現してもいいんだというような環境づくりを行う。
- ② 不安や患者の思いを共感的態度で傾聴する
- ③ 必要な術前訓練や処置を確実にを行い，できているところはねぎらう。
- ④ 眠れない時には睡眠薬を使用できること

を伝える。

- ⑤ リラックスできるように足浴やマッサージ、散歩等を行う。
- ⑥ 面会時間時は家族との大切な時間なので処置などは避ける。
- ⑦ 手術を行った体験者の話が聞ける場を提供できるように工夫する。

〈E-P〉

- ① 不安なことは遠慮せずに表出してもよいことを説明する
- ② 痛みがあるときには、遠慮せず伝えるように説明する。
- ③ 禁煙をしているので、禁断症状を確認し禁煙が持続できるように指導する。
- ④ 血圧の変動や便秘、食欲不振があれば、対処行動ができるように指導する。

3. 学生が看護体験し考えたこと

受持ち時には、学生は患者が術前訓練（呼吸訓練、歩行訓練）も自ら積極的に行っており、医師、看護師、理学療法士との関わり合いの中でも、質問にはいつも明るく応答し、不安を表現することなく気丈な方だという印象を抱いていた。だが、受け持ち3日目になり、A氏の心理的变化を見る場面に遭遇した。その時の学生の思いは、「私はA氏の話傾聴することしかできない、でもやくに立ちたい!! しかし、一方では正直、答えを求められたりしてもなんていえないのだろうか、それでも患者のそばに行っているのだろうか?」というA氏のために何か役に立ちたい気持ちと対応への迷いが生じ、訪室することが怖くなっていた。

そこで、学生はこの思いを指導者に相談した。指導者からは下記のように助言を受ける。「あなたの悩む気持ちはわかるわ。でもね、看護は寄り添うものだからお部屋に行くだけでも意味があると思うけどね…」「患者さんは何をあなたに伝えたいのだろうか? 患者さんの様々な思いから本当の思いが見えてきたら、きっと怖いという思いも消えて、やることが見えてきま

すよ。患者さんは手術に臨もうと頑張っているのよ。あなたと同じ怖い気持ちを体験しているのかもね。患者さんの病の体験をそばにいてじっくり聴いてみてください。」

しばらくして、学生は患者のもとに行き、患者のひと言ひと言に心を向けた。すると、患者の語る中に本心を聴くことが出来た実感を味わった。すぐに指導者に、A氏は以下のように語られたと報告する。

「今まで自分の人生はやりたいうようにやってきた。だが、これから老後を楽しもうと思っていた矢先だった。悔しい…。娘の結婚式を2カ月後に控えている。それが終われば、妻を海外旅行に連れて行くと約束している。両方ともできなくなったら、ふがいな父親だ。母親のことも自分が先に死んだらどうなるのだろうか? 仕事のことは次男に任せようと思っていたが、まだ一人前ではない。急な入院だったから、整理できていない。もう少し生きて教える時間が必要だ。以前、父親が肺がんで苦しんで亡くなったときの顔を覚えている…。自分もあの苦しみを味わうのか…。癌に勝てる人はいない。手術について医師は大丈夫だというのが、何が起こるか分からないから…手術してそのまま死んだら迷惑かけるな…。病院にいと死が近く感じるよ。でもこうして考えると日頃がいかにか恵まれた生活をしてきたか、わかる。手術後は、肺を切除しても同じように動けるのだろうか? しかし、おれはまだ運がいいから手術が出来る。手術もできなかった父親に申し訳ないから、どんなにこれから苦しくとも生かされて手術が出来ることには感謝しないといけない。あなたも助けてな。」

加えて、学生の学びとしてこうも語っている。「患者の人生に触れ、心の中の様々な苦悩を少し理解できたように思います。患者の気持ちに少し近づいた瞬間だと実感しました。同時に、こんな状況の中でも人間は強く、そして感謝できる気持ちを持てるのですね。何がそうさせてくれるのでしょうか? A氏の人間性に感動し

ました。思わず、私はAさんに何かできることはありますか？術後も遠慮なさらずに申し出てくださいと手を握り伝えていました。そして、A氏も強く握り返してくれました。この時、躊躇していた自分、迷っていた自分から一歩進んだ看護ができたのではないかと思います。これが患者さんに寄り添うかかわりなのだと思います。この体験で目指す看護が見えてきたように思います。」

4. 事例の振り返りと課題

健康が障害されると、人はこれまで体験したことがないような、身体的・心理的・社会的変調・変化に直面する。その中でも以下のような特徴があるという。

「手術を受けようとする患者は、手術の種類・目的や術式によってそれぞれ異なる期待と不安を抱えている」¹⁵⁾あるいは、「治療に対する期待の一方で、予後への不安や、臓器摘出による機能低下・機能障害の不安を持っている。治療のためとはいえ、生体に外科的操作によって侵襲が加えられる。患者は生命に対する危機感を抱き、生活行動の規制を余儀なくされる。そしてそれらのことに対処しようと、心身ともにさまざまな反応をおこしている。また患者家族や近親者が受ける苦痛、手術の結果と予後ももちろん幾多の不安を抱えている」¹⁶⁾。

学生は、A氏の心理的・精神的変化をいち早く察した。その場で患者の気持ちを傾聴したいと思う反面、一方では患者から何か質問されたら何もできないのではないかと、自分の力量を自覚しその場合にいることを恐れ、迷いさえ生じる。この状況を打破しようと学生は正直に指導者に相談した。学生は「他人（A氏）の心」を理解しようと「自分の心」の動きを理解して、手術を受ける前の患者の心理精神的援助を展開しなければならなかった。そうでなければ、術前の問題解決とはならず、この心理精神的問題

が術中・術後の身体に影響を及ぼし、自然治癒力を妨げ回復を遅延させるのである。

指導者は、まず学生の悩む思いを共感し受け止めた。そして、患者の思いをもっと深く受け止めてもらおうと助言するが、それは自分の心を整えつつ、A氏が体験している存在の危機に対してのスピリチュアル・ケアの実践を教授することでもあった。患者とともに「在ること」(Being)、「聴くこと」(Listening)、「触れること」(Touching)の探求である。

結果、学生は、以下に示すアイビイらが述べる5つの傾聴の意味づけを用いて看護体験の意味づけを経験化することとなったのである¹⁷⁾。

- ① 傾聴とは……良好な人間関係、信頼関係をつくる基本で、温かい心で相手の話を一生懸命に聴くこと。
- ② 「聞く」と「聴く」……「聞く」という行為をもっと積極的に意味あることとして捉えると「聞き方」も自ら変わってくる。「聞く」(hear)……音や声を耳で感じる。「聴く」(Listen)……聞いた内容を理解してそれに応じる。
- ③ ありのままに聴く……「相手に伝えたいことを聴く」此方の聞きたいことではなく、相手の言いたいことや伝えたいことを反論したり、批判したりしないで聞く。
- ④ 気持ちを聴く……相手が発した言葉や事柄だけでなく、その背後にある相手の気持ち(心の中)を理解する。
 - ・相手の感情を明確にする。
 - ・相手も話している内に何を話したいのかわらなくなる。
 - ・「～だったんですね。」などオウム返しをする。
- ⑤ 感情的一体感を持つ……相手の話に関心を示し、自我関与度を高める。相手の心に寄り添って、「いつも側にいますよ」という気持ち・自分の五感を使う。

がんであることの意味の重さを実感し、がんという脅威から逃げ出すこともできず、がんとともに生きていかなければならなくなった現実直面し、真正面に受け止め手術に立ち向かおうとしている患者、手術にかける思い、今までの生活や人生を悔いるA氏の病の体験。死の恐怖と、「これからどうなってしまうのか」という自己存在感の危機。自分の手を尽くす範囲を超え、すべてを医療従事者におまかせするという、すがりつくような思い。医療従事者の言動に敏感となり、信頼できるかどうか、命を預けることができるかどうか一心に求めている患者のスピリチュアル・ニーズに応答しようとすることは、まさにスピリチュアル・ケアに必要な看護の基礎技術(わざ)の習得の訓練そのものであった。

以上の事例から見るとれるように、スピリチュアル・ケアの実践場面において、そばにいて気持ちを受け止め、心に向けていることを示しつつ互いの感情を分かち合う場をもつことは、困難な状況を持ちこたえる手助けとなり、新たな課題を克服していく力につながるのである。

おわりに

看護師に求められるニーズは、今日ますます多様かつ困難なものになりつつある。医療そのものが有用性と功利性、さらに資本主義や消費主義に染まりつつある現代において、以上のような看護のスピリット、あるいは看護師としての基本的態度を育成していくためにも、今後も臨床の現場において、感じ伝えることが出来る実習指導の在り方を探究していきたい。

引用・参考文献

- 1) 「共立女子短期大学看護学科紀要」2010年、第6号所収の拙稿「ナイチンゲールにおけるスピリチュアリティの本質と現代」を参照されたい。
- 2) O'Brien, M. E., *Spirituality in Nursing* :

Standing on Holy Ground, Third Edition, MA : Jones and Bartlett Publishers, 2008.

- 3) 「共立女子短期大学看護学科紀要」2006-2010年、第1-6号所収の一連の拙稿を参照されたい。
- 4) ヴァン・デン・ベルク『病床の心理学』坂本泰次郎・上野轟訳, p.47, 現代社, 1975年。
- 5) 同前書, p.10.
- 6) 同前書, p.18.
- 7) 同前書, p.42-43参照.
- 8) 同前書, p.27.
- 9) 同前。
- 10) 同前書, p.30.
- 11) 同前。
- 12) *Ibid.*, p.14.
- 13) *Ibid.*, p.15.
- 14) *Ibid.*, p.16. 病名は、1873年にらい菌を発見したノルウェーのアルマウエル・ハンセン(諾: Armauer Hansen)の姓に由来する。感染はらい菌の経鼻・経気道的による感染経路が主流であるが、伝染力は非常に低い。また感染して発症しても適切な治療を行えば治癒が可能であり、重篤な後遺症を残すことも、自らが感染源になることもない。2007年の統計では世界のハンセン病新規患者数は年間約25万人であるが、日本人新規患者数は年間0-1人と、まれになった。
- 15) 竹内登美子『周手術期看護 術中／術後の生体反応と急性期看護』, p.29, 医歯薬出版株式会社, 2000年。
- 16) 木村チヅ子編『慶應義塾大学病院看護部周手術期看護ガイドブック』p.52, 中央法規出版, 1995年。
- 17) 中島恵美子『周手術期看護ナーシンググラフィカ EX 3』, p.79-84, メディカ出版, 2009年。