両価性を意識させることで透析導入への動機づけを図った 高齢末期腎不全患者の1例

前川 道隆¹ 加藤 千洋² 三木 祐介³

¹藤田医科大学ばんだね病院腎臓内科

²三重大学医学部看護学科母性・小児看護学講座

³豊川メイッククリニック

キーワード：治療拒否，透析拒否，心理的アプローチ，内的動機づけ，動機づけ面接

〈要旨〉

医療現場では，困難な決断を迫られることで医療チーム，患者，家族の間に軋轢が生じることがある．また，腎不全が進行し透析の説明を受けることで，病気や生活の変化に直面し，透析治療を勧められても拒む患者もいる．内的な動機づけが不十分なまま透析を始めると，内服や透析へのアドヒアランス低下やセルフケアの不足などにより予後悪化や生活の質の低下につながる懸念がある．本稿では，高齢末期腎不全患者の透析拒否に動機づけ面接を用いた心理的アプローチで対応した事例を報告する．治療への恐怖に寄り添うとともに，治療を行った場合に得られる利益や家族との関係の重要性を意識できるように介入し，透析を受けて生きていくという決意を患者から引き出した．動機づけ面接は生活習慣病など行動変化を必要とする領域で有用性が実証されている技法だが，患者の自律性を尊重し，治療選択に関する両価性を扱うことを通し，疾病受容を促すことにも活用できる．

Facilitating intrinsic motivation regarding the initiation of hemodialysis in an elderly patient with end-stage renal disease by promoting ambivalence towards treatment-related fear and anxiety

Michitaka Maekawa¹, Chihiro Kato², Yusuke Miki³

¹Department of Nephrology, Fujita Medical University Bantane Hospital;

²Maternal Nursing and Midwifery, Course of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Mie University;

³Department of Nephrology, Toyokawa Mates Clinic

Keywords: refusal of treatment, refusal of dialysis, psychological interventions, intrinsic motivation, motivational interviewing

〈Abstract〉

Patients are frequently forced to make decisions about their treatment plans, leading to conflict between patients, medical teams, and family members. During discussions about the initiation of hemodialysis, some patients with end-stage renal disease are faced with changes and challenges associated with being dialysis patients that cause them to refuse treatment. There is a concern that patients with chronic renal failure might be forced to initiate dialysis against their will, and thereby, suffer worse outcomes and a low quality of life. Therefore, it is worthwhile for clinicians to understand how to support such patients to make decisions. Giving medical advice or persuasion is not only less effective, but can also evoke anxiety or dissatisfaction about treatment. Conversely, activating intrinsic motivation regarding treatment is important because it develops naturally within the individual and not only increases favorable behaviors, but also helps to sustain them for years. Here, we present the case of an elderly patient with renal failure, who refused to start undergoing hemodialysis because of a strong sense of fear based on his prior experience of urgent dialysis. We repeatedly promoted ambivalence concerning his fear and hope regarding the treatment, thereby facilitating intrinsic motivation. As a result, the

patient made a commitment to live on dialysis. Motivational interviewing is a communication style that has been shown to be effective at causing behavioral changes in the setting of treating lifestyle-related disease. This is the first reported case in which this psychological intervention was utilized to help a patient who refused to start hemodialysis.

緒 言

末期腎不全患者が腎代替療法の選択を行う際意思決定プロセスは複雑であり、ときに困難なものとなる。医師にはその支援方策を身につけ、活用することが求められている¹⁾。患者には自己決定権があるため、治療を拒む場合にその意見や考えを軽視すべきではない。しかしながら、透析を勧められた患者が腎代替療法を行わなければ腎不全死する可能性が高くなるため、身体面・心理面・社会面への包括的なアプローチを行い、慎重に治療方針を決定することが求められる。

医師による患者への情報提供・方針決定の手法は、その責任と主体により3つに分類できる²⁾(表1)。患者と医療者のパートナーシップを重視して治療方針の決定を行うと、治療満足度が高まり、行動変化が増え、種々の疾患の予後改善につながる事が知られており³⁾、動機づけ面接や共同意思決定(shared decision making)などのpatient-centered careが注目されている。

動機づけ面接では両価性(アンビバレンス)を重視する。「酒をやめたいが、つい飲んでしまう」、「やせたいけど、間食をやめられない」のように、ある物事や人に対して同時に相反する考えや感情を抱えることを両価性といい、何らかの選択を迫られる患者の多くは両価性を持っている。患者がどのような選択を行うかは、医療者がその両価性に対してどう対応するかに強く影響される⁴⁾。治療を拒む患者も、何らかの理由で治療を受けたくないと感じていると同時に健康ではありたいと考えており両価性を持っている。治療拒否に対しても行動変容と同様のアプローチが可能であり、われわれ医療者の担うべき役割は大きい。

ひとは病気になると不安が高まり、治療による恩恵よりも疾病や治療の苦痛、生活上の変化などの治療の負の側面を想像しやすくなるが、医療者はしばしばそ

の不安を認識できず、両価性を抱えた患者を前に治療の恩恵や必要性を強調して治療を受けさせたいという衝動に駆られる。その結果、患者は医療者の意見を押し付けられたと感じ、「薬は飲みたくありません」「特に困っていません」などと言い、医療者からの助言に抵抗することになる。治療を拒む意思そのものを積極的に肯定する必要はないが、疾病や治療に関する負の側面に対する不安については共感的に受け止めることが望ましい。そこには事実の誤認を含む「否認」が表現されていることもあるが、その正誤にこだわっても行動変化にはつながりにくいため、そのような言動をして現実から逃避せざるを得ない患者の苦痛に思いを馳せるべきである。

今回われわれは透析導入を拒否していた高齢末期腎不全患者に対し、動機づけ面接が疾病受容と治療方針の決定に有用であった症例を経験した。具体的な応答を解釈とともに提示しつつ、治療拒否の場面における有用性について検討したい。

I. 症 例

症例: 78歳男性、慢性腎臓病ステージG5(原疾患: 腎硬化症)。

併存症: 気管支拡張症、高血圧。

心理・社会的背景: 妻と二人暮らし。3人の子は独立後だが、交流は多い。頑固で寡黙。外来受診時に医師と会話することはほとんどなく、妻が常に付き添い、考えを代弁していた。年齢相応の認知機能低下はあるが、認知機能検査は拒否していた。

現病歴: 末期腎不全(eGFR 7 mL/min)のため3年前に内シャントを作製済みであった。1年半前には高カリウム血症を契機に緊急透析を行われた。透析による合併症はなかったが、患者は治療に対する強い恐怖を感じたとのことであった。その後も腎機能の悪化はなく維持透析の導入は見送られていたが、徐々に日常

表 1 医師による患者への情報提供・方針決定の手法

	Paternalism	Patient-centered care	Independent model
意思決定のスタイル	医師が関連する情報すべてを処理し、患者に最善と考えられる医療を提供する。	患者の価値観や嗜好、経験を重視した意思決定を協働して行う。	医師は情報提供のみを行う。患者のその情報をもとに自己判断する。
治療選択における責任の所在	医師	患者と医師の協働作業	患者

表 2 自発的な動機づけを引き出すための方法

方法	目的
(1) 透析を行うことを勧めない。	自律性を尊重する
(2) 透析を行う目的を意識できるよう、グルメなど楽しみについて話題をあげる。	変化への意思を引き出す
(3) 発言の主体がご家族自身になるよう考えや想いを伝える（例：透析して元気でいてくれたら、私は嬉しい）。	変化への意思を引き出す／意見の強要を回避する
(4) 透析を行いたいという意の発言があれば、毎回承認する。	変化への意思を引き出す

生活動作（activities of daily living: ADL）が低下し尿毒症症状によるものと推測された。外来担当医から繰り返し透析導入を勧められていたが、患者は頑なに拒否し通院を中断した。

その後、著者の外来を受診した。妻は「前の担当医から透析を勧められたことで本人が強い心理的抵抗を感じ、通院を頑なに拒むようになってしまった」と述べた。著者が「透析をやると病気になった気がするからやりたくない。でも、自宅で元気に過ごすために、必要なら透析をやる。そういうことでよい？」と声をかけると、患者は静かに頷いて同意した。患者は透析の必要性は理解していたが、医師から強く透析を勧められたことで不安や不満を抱き、透析拒否につながっていたことがうかがわれた。そこで、透析に関する両価性を想像し提示することで、治療の必要性が意識しやすくなり患者の抵抗が減弱した。

数か月後、肺炎を契機に腎障害が悪化し、血液透析を開始された。初回の透析前に治療を拒む言動はなかったが、治療後に透析への強い恐怖心を訴えて治療中止を望んだ。著者が透析室への出棟時に患者へ付き添うことを提案したところ、透析を継続することに同意した。ただし、2回目の透析では恐怖に体を震わせており、会話もできず、身動きも取れない状態であった。透析終了直後に「透析をやるのが辛い。とにかく辛かった。もう80歳だから十分生きた。もう生きている目的がない。透析はやらない。死んでもいい。」と繰り返し述べた。著者はこれらの訴えを傾聴したうえで、透析導入を一時中断せざるを得ないと判断した。なお、透析の辛さや恐怖を感じる理由や対象を聴取することは、透析に対する恐怖心を増強する恐れがあると考え聴取しなかった。

透析導入に関する方針を決めるため、著者、看護師、家族による話し合いの場を設けた。著者から家族へ患者が透析へ強い恐怖を抱いていること、その恐怖と苦痛に打ち克ってまで透析を行い長生きしようという動機が乏しいようだと言ったが、家族は透析導入を強く望んだ。一方で、家族は本人の意向を無視してまで治療を行うことはできないことも理解しており、患者が

透析を行うようにしてみたいと希望した。その後数日にわたり家族が交代で説得を試みたが、患者は透析の再開を受け入れなかった。

患者：家族からは頑張れ、頑張れ、と言われるが、自分は頑張っている。でも、それが家族に伝わっているか分からない。もうこの年だからこれ以上は難しい。これ以上は元気になれない。

著者：現状維持を目指したい、と。

患者：そうだね。

家族が患者の説得をしている期間、著者は透析について触れず、患者が自分から語る内容を聞くだけにとどめた。患者は著者にこれまでの人生で子ども達を立派に育てあげてきたことを誇りに思っていると語り、家族を重視する考えを持っていることがうかがわれた。また、これまで外来で腎不全の治療のため通院していたこと、一度は透析導入に同意していることから、「透析を行って健康を望む気持ち」と「恐怖心から透析を拒む気持ち」という両価性があると考えられた。透析を強く勧めると心理的抵抗を増強する恐れがあるため、患者が治療を行うことの意味や価値を意識できるよう関わることにした。

患者の自発的な動機づけを引き出すため、家族に4つの点を依頼した（表2）。

数日後、著者は妻同伴で患者と面談を行い、患者の自己決定を尊重することを強調したうえで、透析を行うことのメリット・デメリットを説明した。以下はその後の会話である。著者は、患者が家族を大切に想う気持ちと透析を行う理由・必要性を関連づけられるように質問し、さらにその返答を明確化することで治療を行う動機を強化している。

患者：自分でも頑張ろうと思っているけど、それと透析をするのは別。年が年だから、これ以上生きなくてもよい。自分の中で割り切れている。家族が透析をやって欲しいと思っていることは分かっている。でも、自分の頑張る、ということと違う。

妻: 私も息子も娘も, 透析をやって元気でいて欲しいと思っている。透析を2回やった後は, はっきり元気になっている。お父さんが透析をやらないことで, 私たちは毎日悩んでいる。

患者: (しばらく泣いた後) まあ, やってみるか。

著者: 透析を行う理由を, 自分の中で整理してください。

患者: 透析をやろうと思う。

著者: 誰のために?

患者: 自分のため。自分が長生きするため。

著者: 元気に長生きするため。

患者: うん。それが家族のためになる。

著者: ○○さんが元気で長生きすることで, 家族が喜んでくれる。

患者: そう。

著者: それが○○さんの中で, 透析をやる理由になる。

患者: うん。

その後, 患者が肺炎で死亡するまでの3年間, 透析クリニックのスタッフとも良好な関係を保ち, 透析を拒むことは一度もなかった。

II. 考 察

この事例では, 血液透析に強い恐怖心を抱き, 治療を拒否していた高齢患者の透析導入を, 動機づけ面接を用いて援助した。両価性を意識させるアプローチを行うと患者の抵抗や否認が減ることが知られており, 依存症治療や生活習慣病の行動変容などに活用されている^{5~7)}。本稿は動機づけ面接を透析拒否への対応に応用した最初の報告である。

動機づけ面接は, 受容と傾聴を行いながら, 患者の抱える両価性を重視し, その矛盾を拡大することで, 変化に対する患者自身の動機づけとコミットメント(決意, 約束)を強化することを目指す準指示的なコミュニケーションスタイルである⁸⁾。これは特定理論に基づいて開発された多くの心理療法と異なり, アルコール依存症患者への介入試験の中で成績の良かった治療者の面接を解析することで生まれた手法であり, 現在も個々の介入の効果の検証を繰り返すことで発展を続けている。動機づけ面接では行動変化への両価性を扱い, 抵抗や不協和に対して系統的な対応を行うため, 動機づけが不十分な患者を支援するのに有用であり³⁾, それゆえ治療を拒む患者への対応にも応用しやすい。ここでは前半で透析拒否について考察し, 後半で動機づけ面接で用いられる考え方や手法を紹介する。

まず, 医療現場における治療拒否について概説す

表 3 治療拒否の要因

(I) 患者に対する情報提供が不十分
(II) 不安が強く当惑していて, 自分の考えを決定できない
(III) 提供された情報を否認している
(IV) 医療不信
(V) 代替医療や民間療法, 信仰などの影響
(VI) なんらかの精神障害に罹患している。

(精神科治療学 2004; 19: 79-82.)

る。治療拒否へのアプローチは個別性が高く, 決まった方法で対応することは難しいとされており⁹⁾, 系統的なアプローチについての知見はほとんど存在しない。ただし, その要因について考察した報告はあり, 例えば松木は医療を拒否する患者の心理をいくつかの要因に分類できるとした¹⁰⁾(表3)。また, 高齢者が有する心理的特徴も治療拒否につながることもある。高齢者は認知機能が低下することで病状や治療効果を理解することが難しくなり, 理解できないがために治療の提案を拒むことがある。さらに, 変化を嫌い, 現状維持を望むため新しいものを受け入れにくい傾向(保守性)や, 努力しても状況が好転しない, または無駄であると考える傾向(諦め)¹¹⁾などの特徴が目立つこともある。ただし, これらの解釈は患者側の要因に注目しすぎており, 治療拒否の事例においては医療者のコミュニケーションの取り方に問題があることが多い¹²⁾ことを強調しておきたい。

腎不全は自覚症状が乏しいことも多く, 病識を持ちにくい病態である。それでいて, 透析導入による日常や体調の変化は容易に想像できる。つまり, 治療に消極的になる理由のほうが多い。よって, 透析導入に際しては, 選択の結果を考慮し想像すること, 自分の価値観を意識しそれに合致する選択を行うことが求められる。これらの能力は患者のおかれた環境や感じるストレスによって変化するため, 医療者は患者との関わり方を通じてこれらの能力の活用を支援することができる。

透析導入期には, 患者に強い心理的ストレスがかかりやすい¹³⁾。心理的ストレスは認知面での視野狭窄を招き, 悲観的・攻撃的な態度を増やす。その結果, 本来支援者であるはずの医療者や家族に対し不満や不安を感じやすくなる^{14,15)}。また, 慢性腎不全は原則として進行性の経過をとるため, 保存期腎不全患者は通院時に病状の悪化を繰り返し伝えられる。そして, セルフケアに取り組んでも新たな治療を試しても治癒は得られないという失望体験を繰り返し, 最終的に透析導入に至る。結果として自己効力感が低下し, 健康不安が増大しやすい。さらに, 患者は透析を始めた後も治療の負担を無期限に受け入れなければならないという

表 4 「押す」アプローチと「受け入れる/引き出す」アプローチの会話例

コミュニケーション スタイル	医療者の発言	患者の応答
「押す」アプローチ	心筋梗塞の再発を防ぐのに禁煙すべきです。 たばこをやめないと長くは生きられませんよ。 血圧が高いと脳卒中や心臓病の危険が増すので降圧薬を飲みましょう。	長く生きたいとは、あまり思わないのです。 今は特に症状はなく、困っていません。
「受け入れる/引き出す」 アプローチ	たばこを吸うことで、どのような良いことがありますか？ 血圧が高いことが気にかかっているのですね。 血圧が高いことでどのようなことを心配していますか？	仕事でイライラしたときに喫煙すると、しばらくの間、気分がすっきりします。 (→一時的に気分が良くなる効果があるのですね。) 以前よりも血圧が高くなったので心配です。塩分を控えた方が良いでしょうか？ 脳卒中などにならないか、気になります。

厳しい現実直面化する。

このような状態におかれた患者に対し重要なのは「押す」アプローチを減らし、「受け入れる/引き出す」アプローチを増やすことである。医療現場では患者に現実を認めさせるように働きかける「押す」アプローチが多用されている(表4)。治療の重要性を強調し、専門家としての知識を披露しながら一方的に意見を伝達すると、患者・医療者の対決や医療からの逃避を生むことにつながる¹⁶⁾。患者が透析導入に抵抗する場合、医師はしばしば合併症による苦痛や死亡のリスクを強調したり(=脅し)、透析の必要性を一方的に伝えたりする。もしくは、尿毒症やうっ血性心不全による症状で苦痛を感じれば諦めて透析を求めるだろうと考えるなどして、意思決定プロセスの支援をやめてしまうこともある(=諦め)。さらには、病気や治療のために苦痛を感じるそれがそれまでの生活や人生に対する罰だと考えて、患者との会話の中でそのように表現してしまうことさえもある(=人間性や人生の否定)。これらの行為は、患者が治療への抵抗を強める原因となりえる^{17,18)}。たとえこれらの試みにより患者が屈服し、行動が変化したとしても、侮蔑を感じ自己効力感を失わせるという弊害がもたらされる。治療方針を決定する際に心理的に悪影響を受けることは、疾病受容やセルフマネジメントが重要な透析患者にとって中長期的な不利益につながる恐れがある。

また、病状を否認する患者は少なくない。治療拒否の場面における発言を解釈する際には、その発言の背景に留意すべきである。否認とは、認めたくない現実や不快な体験をなかったかのようにふるまうことである。自分にとって都合の良い解釈をする、重大なことを矮小化して捉えることなども含む。例えば「年だから治療はやらなくてよい」と言う高齢者は多いが、死を達観したように見えても病気への恐れや治療への不安を隠していることがある。また、尿毒症症状が顕在

化しても「体力や食欲は落ちたが、年齢のせいだ」と訴える患者もいる。これらの訴えを聞いた場合、病状やその展望を正確に理解できているか注意を払い、知識不足に由来する事実誤認や否認の可能性を検討する。腎代替療法の必要性を理解できている場合でも、「できれば透析導入を先延ばしにしたい」と考えるなど、何らかの両価性を抱え、折り合いをつけて透析導入に臨んでいるのが普通であろう。否認に対しては現実や病状を直面化させるだけでは抵抗を招くため、否認せざるを得ない心理や状況を想像し、共感的な態度で接することが望ましい。想像した心理や感情について言語化して確認する(聞き返し reflection)ことも有効である⁸⁾。

また、治療を行った場合の利益と治療を行わなかった場合の不利益を患者が想像できるように支援することで治療の恩恵を意識させることができる⁸⁾。これらの恩恵や不利益は単に身体的、医学的な面にとどまらない。本稿で扱った事例でも、能動的に透析と向き合ったことで治療に対する心理的苦痛が軽減され、家族との関係性も改善した。患者が治療を受けるべきだと考える理由や事情は個性が高いため、その判断に随伴する感情や価値観を引き出すように関わる必要がある。

患者からの質問に回答しすぎないこともポイントである。なぜ患者が質問したのかを考えることで質問の役割が明確になる。つまり、情報収集、意見の主張、不安などの表現など、質問の形で患者が求めていることを区別するのである。会話例2(表5)では、患者が血圧について質問したが、著者は高血圧に対する不安を表現したものだと考えたため、質問に回答しなかった。その後、開かれた質問を用い、どのように感じたのか問いかけることで、患者が不安に感じている対象を語らせており、治療を行わない場合の不利益を意識させている(Dr①, Dr②)。また、患者の不安の内容

表 5 降圧薬の服用を拒む患者との会話例

「以前薬を飲んだら調子が悪くなったので、絶対に薬は飲まない」と言い、降圧薬の処方を長期間拒んできた患者との会話。

Pt ①: あー, 血圧 180 ですか。これって高いですか?

Dr ①: どのように思ったのですか?

Pt ②: 前はこんなではなかったの、高いと思う。

Dr ②: 血圧が高いのが心配なのですね。血圧が高いことで、具体的にはどのようなことを心配していますか?

Pt ③: あー, 脳卒中になってしまわないかなって。

Dr ③: 薬を飲むと副作用が出るのではないかと心配だけど、一方で体が不自由になるような事態に陥っては困るなと感じたのですね。

を具体的に聞き返すことで、治療を行わない場合の不利/治療の恩恵を想像する手助けを行っている (Dr ③)。医師は降圧薬を内服したほうがよいと考えているが、内的動機づけを引き出すため患者の関心事や懸念事項を引き出して明確化することに専念している。一連の会話の中で医師の意見や解釈を一切伝えていないが、治療への動機づけは形成されている。

心理的アプローチは個性が高いため、マニュアル化しても再現性を確保することは難しいかもしれない。しかしながら、治療拒否の場において両個性の存在はおおむね普遍的であり、依存症や生活習慣病における行動変容と同様に、それを活用したアプローチは有力な問題解決の手段になりえる。また、治療に関する不安や葛藤は特定の疾病や障害によって異なるため、その領域で経験が豊富な医療者 (例: 腎臓内科医と末期腎不全, 外科医と消化器癌, 精神科医とうつ病など) のほうが個別の問題へ対処しやすい、ゆえに各領域の医療スタッフが、これらの技法を習得し、技術を向上させることが望まれる。

結 語

患者が治療を拒むとき、医療者は自らの関わり方を省みるべきである。否認は患者が現実を直視できないほどの窮地に陥っている徴候であり、支援を求めやすくなるよう環境調整を行うことが望ましい。価値に合致した合目的な選択をできるよう、患者が両個性を抱えて葛藤していることを意識して関わるのが有用である。

COI: 著者らに本論文に関する利益相反はない。

文献

- 1) 日本透析医学会. 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 透析会誌 2014;

47: 269-85.

- 2) Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA 2004; 291: 2359-66.
- 3) Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. Am Fam Med 2014; 12: 270-5.
- 4) Shaffer HJ, Simoneau G. Reducing resistance and denial by exercising ambivalence during the treatment of addiction. J Subst Abuse Treat 2001; 20: 99-105.
- 5) Easthall C, Song F, Bhattacharya D. A meta-analysis of cognitive-based behaviour change techniques as interventions to improve medication adherence. BMJ Open 2013; 3: e002749.
- 6) Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2015; (3): CD006936.
- 7) Binning J, Woodburn J, Bus SA, Barn R. Motivational interviewing to improve adherence behaviours for the prevention of diabetic foot ulceration. Diabetes Metab Res Rev 2019; 35: e3105.
- 8) ウィリアム・R・ミラー, ステファン・ロルニック. 動機づけ面接 (第3版). 東京: 星和書店, 2019; 3-18.
- 9) 稲本淳子, 富岡大. 身体疾患の治療を拒む患者への対応. 臨精医 2014; 43: 341-6.
- 10) 松木秀幸. 医療拒否. 精神科治療 2004; 19: 79-82.
- 11) 金子仁郎. 老人の心理と精神衛生. 日老年医学会誌 1980; 17: 355-62.
- 12) Simon JR. Refusal of care: The physician-patient relationship and decisionmaking capacity. Ann Emerg Med 2007; 50: 456-61.
- 13) 堀川直史. 透析患者の心理と心理的ケア. 透析ケア 2015; 21: 1154-65.
- 14) Noble H, Meyer J, Bridges, Kelly D, Johnson B. Reasons renal patients give for deciding not to dialyze: a prospective qualitative interview study. Dial Transplant 2009; 38: 82-9.
- 15) Cohen LM, Dobscha SK, Hails KC, Pekow PS, Chochinov HM. Depression and suicidal ideation in patients who discontinue the life-support treatment of dialysis. Psychosom Med 2002; 64: 889-96.
- 16) 堀越勝. ケアする人の対話スキル ABCD. 東京: 日本看護協会出版会, 2015.
- 17) Lovshin JA, Zinman B. Diabetes: clinical inertia-a barrier to effective management of T2DM. Nat Rev Endocrinol 2013; 9: 635-6.
- 18) Cervantes L, Jones J, Linas S, Fischer S. Qualitative Interviews Exploring Palliative Care Perspectives of Latinos on Dialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2017; 12: 788-98.