

特集 PCAS 2024

**PCAS患者家族との
コミュニケーション**

患者にとって最善のゴールを話しあうために

52a ロダンEB → 53_H
スミ70%
38a ロダンAB
58_H

三好 祐輔 MIYOSHI, Yusuke 10a 見出し MA 31
神戸市立医療センター中央市民病院 緩和ケア内科 29a 新記

はじめに 赤色60% + スミ20%

集中治療室にかかわらず、重症患者の診療に携わる医療者は「深刻な知らせを伝える」「ケアのゴールを設定する」という2つのコミュニケーションタスクに必ず直面する。しかし、その方法論は必ずしも重要とは認識されておらず、医療者のトレーニング不足もあり、各医療者が経験を頼りに行っているのが現状である。特に心停止後症候群 post cardiac arrest syndrom (PCAS) 患者の場合、多くが意識疎通困難であるため、家族を中心に話しあう必要があり、それがコミュニケーションの難しさをより助長している。

本稿では、家族面談の構造化されたアプローチ^{1, 2)}とコミュニケーションスキルについて、具体的な言い回しとともに解説する。

キーワード

色70% + スミ20%

↓
1/a
89%
B
↓
(18)H

スミ 70%

1equiv・スミペタ
↑ 38equiv 以上

なぜ「ケアのゴール」の話し合いなのか？

そもそも「ケアのゴール」の話し合いという言葉に馴染みのない方がいるかもしれない。なぜ「ケアのゴール」の話し合いなのか？と聞かれれば、それはゴールがなければ治療内容を選択することができないからである。

例えば、友人と旅行の計画を立てるところを想像していただきたい。旅行先を決めるためには、お互いの予算や時間、また同行する人数など情報の共有が必要となる。また、それぞれの嗜好や希望も共有すべきだろう。当然、興味がなかった場所に行きたい人間などない。これらをもとに話しあうことで目的地が決まり、移動手段が決まるのである。

実は医療においても、まったく同じである。病状や予後といった医学的情報を家族と共有し、そのうえで患者の価値観や嗜好を明確にする。これらをもとにケアのゴールを設定し、

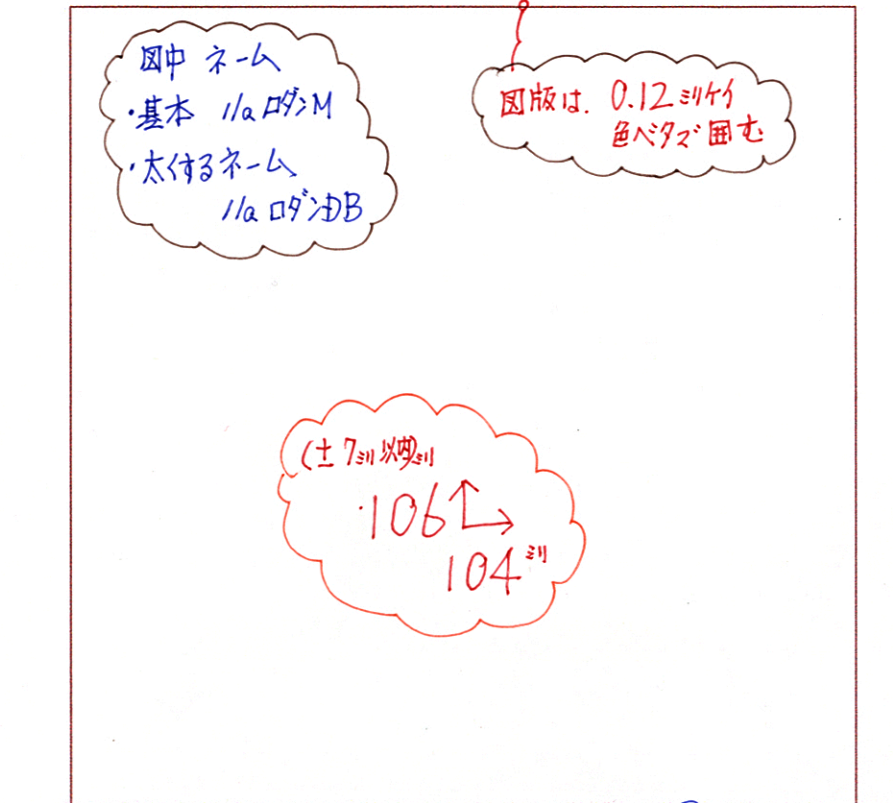
そのゴールを達成するために治療内容を選択するのである。心肺蘇生、気管挿管、透析といったものを1つ1つ検討するのではなく、設定したゴールを達成するために必要なもの、必要ではないものはどれか、と考えるのである。

よって、家族面談は構造化されたアプローチとして図1のとおり①から④の順番で進めていく。①で予後を含めた深刻な知らせを確実に伝えなければ、②の価値観の明確化、③のゴールの設定には進まない。このプロセスを円滑に進めるためにはコミュニケーションスキルが必要であり、次項より詳細に解説していく。

家族面談に向けての 事前準備

家族面談の成功は、事前準備にかかっている
といっても過言ではない。特に情報の収集・
整理、プレミーティングが重要である。

図1 家族面談の構造化されたアプローチの例
A: 友人と旅行の計画を立てる場合, B: ケアのゴールを話し合う場合



メモ1 TIPS① 信頼関係づくりは面談前から行うことができる
家族と顔を合わせた際に、挨拶、アイコンタクト、笑顔、会釈などを行うことで家族に敬意を示す。また、家族を面談室まで案内している途中や着席して本題に入る前に、医学とは関係ない会話（家族の体調を気にかける、遠方から来たことを労うなど）をすることで、医療者が家族も気にかけていることを示すことができる。何を当たり前のことを、と思われるかもしれないが信頼関係づくりは小さいことの積み重ねが大切である。

情報の収集・整理
情報の収集・整理は、面談に先んじて多職種カンファレンスを開催し、臨床倫理の4分割表（表1）³⁾を参考に情報を整理するとよいだろう。特に予後、患者の価値観の共有は重要である。カンファレンスで足りない情報がわかれば、面会に来られた家族に確認する、カルテを振り返る、など家族面談までに対応することができる。もちろん、面談中、面談後に家族から聞くことも可能である。PCAS

患者は意思決定能力がない場合が多いため、家族の現状認識、患者と家族また家族どうしの関係性、家族内での意思決定の方法などは必ず把握する必要がある。

プレミーティング
面談当日のプレミーティングでは、今回の面談の目標、参加者の役割分担、家族の状態など必要な情報の共有を行う。面談を主導したいという主治医の希望があれば尊重すべきである。その場合、集中治療医が主治医をどのようなかたちで補佐するのがよいか相談する。

家族面談を始める
家族面談を円滑に進めるためには、面談の開始から信頼関係を構築する、家族の病状認識や感情を把握する、といった情報を伝えるための下地をつくる必要がある。

自己紹介とアジェンダを共有する
家族は、眼前にいる医療者が誰で、どのような理由でここにいいのかを知らなければ話についていくことができない。面談は、全員の自己紹介から始め、名前と所属だけでなく、自身の役割と患者との関係を説明する。また今回の面談の目的、アジェンダも最初に必ず説明する。急いで何かを決めなければならない、と考える家族もいるため、そうでなければ緊急ではないことを先に伝え、家族に安心感を与える（メモ1）。

病状説明は家族に尋ねることから始める
家族が理解している範囲や状態を評価できる
医療者は、これまでの経過や会話から、家族が病状や予後について理解していると考えがちである。ICUを対象とした研究では、家族の半数は患者の診断や予後など基本的情報

について理解していなかったと報告されている⁴⁾。また、家族面談のなかで医師が家族の理解度を確認することはほとんどなかった⁵⁾という報告もある。

よって病状を説明する際は、まず家族が何をどこまで理解しているのか、認識を共有することが重要である。共有された認識をもとに、医療者は説明する情報を調整することができ、不要な説明に割く時間と労力を削ることができる。また、家族が話す様子や内容から、抱えている感情、インテリジェンス、家族内の関係性、意思決定に対する心の準備などを評価することもできる。

尋ねる前に、なぜ共有する必要があるのか、質問の意図を伝える一言を入れるとよい。お互いの認識を一致させることの重要性や家族の理解力を訝しんでいるわけではないことを伝えることができる。

話し合える場という印象をもってもらえる
もう1つの利点としては、医療者はとすると、医学的情報を一方向的に話し続けるため、面談の始めから話を聞く姿勢を示すことで、この面談は医療者が一方的に説明する場ではなく、話し合える場であるという印象を与えることができる。実際、面談中に家族に発言の機会を多く与えると満足度が高くなることが報告されている⁶⁾。

一方で、面談のたびに病状認識を確認することは家族を不快な気持ちにさせる可能性がある。何回目かの面談で、すでに同じ説明を繰り返しているのであれば認識の代わりに心配事や気がかりなどを尋ねてもよいだろう（表2）（メモ2）。

尋ねた内容をもとにわかりやすく話す
経過や病状は、家族に尋ねた内容をもとに、専門用語を避け、ゆっくりとした話し方で伝えていく。検査値の数字など医学的情報を詳細に説明するのではなく、患者がどのような

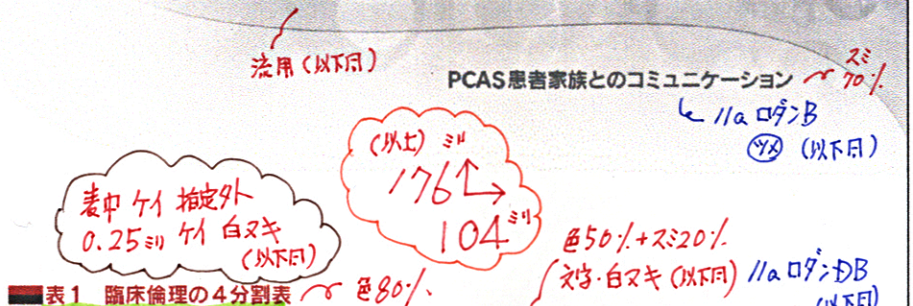


表1 臨床倫理の4分割表	
医学的適応	患者の選好
<ul style="list-style-type: none">患者の医学的問題は何か？ 急性か、慢性か、重篤か、可逆的か、緊急か、終末期か？治療の目標は何か？どのような場合に、治療の適応とはならないか？治療の選択肢ごとの成功する確率は？要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？	<ul style="list-style-type: none">患者は診断や推奨する治療に関する利益とリスクを知らされ、それを理解し、同意しているか？患者には精神的判断能力と法的判断能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？精神的判断能力がある場合、患者は治療への選好についてどうしているか？対応能力がない場合、患者は事前に選好を示したことがあるか？対応能力がない患者の意思決定を行う適切な代理人は誰か？ また、その代理人の決定はどのような基準でなされるべきか？患者は治療に非協力的か、または協力できない状態か？ その場合、なぜか？
生活の質（QOL）	周囲の状況
<ul style="list-style-type: none">治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？ また、治療が成功した場合、患者が身体的・精神的・社会的に失うものは何か？判断や意思表示ができない患者のQOLが望ましくないと判断する根拠は何か？医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？患者のQOLの改善や向上に関して、どのような倫理的問題が生じるか？QOL評価について、生命維持治療の差し控え、見合わせなど、治療計画の変更につながるような疑問が生じるか？生命維持治療の差し控え、終了が決定されたあと、疼痛緩和や安楽を提供する計画はあるか？医療による自殺補助は倫理的あるいは法的に許容されるか？自殺の法的および倫理的位置づけは何か？	<ul style="list-style-type: none">患者の治療に専門職や職種間で利害関係が存在するか？臨床医と患者以外の関係者（家族など）で、臨床上の判断に正当な関心をもつ人はいるか？第三者の正当な利益によって患者の守秘にどのような制限が生じるのか？臨床の判断に利害の対立を及ぼす経済的要因の問題はあるか？臨床の判断に影響を及ぼす資源配分の問題はあるか？臨床の判断に影響を及ぼす宗教的要因があるか？臨床の判断に影響を及ぼす法律上の問題は何か？臨床の判断に影響を及ぼす臨床研究や医学教育への配慮はあるか？臨床の判断に影響を及ぼす公衆衛生や安全への配慮はあるか？施設の提携が、臨床の判断に影響を及ぼすような利害対立を生じさせるか？

メモ2 TIPS② 「心配事」と「気がかり」は同じ？
どちらも不安や懸念を表す日本語であるが、ニュアンスに違いがある。前者は、具体的に思い浮かぶ事象や問題に対して抱く不安を指すことが多い。一方で、後者は、心のなかに抱えている漠然とした不安や懸念を指すことが多い。筆者の経験として「気がかり」という言葉を用いたほうが些細なことでも答えてくれる印象がある。

表2 家族面談序盤で用いる言い回し

場面	言い回し例
自己紹介	「集中治療室の〇〇です。集中治療室で主治医の先生と一緒に〇〇さんの治療をさせていただいております。本日はこの話し合いの進行役も務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いします」
アジェンダ共有	「今日は先日から行っている検査の結果と〇〇さんの状態を説明させていただきます。急いで何かを決める必要はありませんが、可能であれば今後のことについても話し合っていければと思っています」
面談前の雑談	「本日は、遠方から来ていただきありがとうございます」 「最近、本当に暑いですね。ご家族の皆様の体調は大丈夫ですか？」
認識、気がかりを尋ねる	「今後のことについて話し合うために、私達とご家族の認識にずれがあってはいけないと考えています。よろしければ前回聞いたお話の内容をご自身のお言葉でいいので教えていただけないでしょうか？」 「今回の話し合いにあたって、前回の面談での気がかりなどありませんか？」

状態であるかという全体像に焦点を当てるのが望ましい。より詳細な情報は、家族の質問に答えるかたちで提供するとよいだろう。

深刻な知らせを伝える

予後のような深刻な知らせを伝えることは医療者にとっても苦痛であり、検査結果を詳しく説明することで、予後が悪いということを婉曲的に伝えようとする状況を度々みかける。しかし、それでは医療の素人である家族にはうまく伝わらない。深刻な知らせを明確に伝えるためには、それまでの説明の流れから切り離し、簡潔な言葉で伝える必要がある。

話を進める前に許可を得る

医療者の説明は現状→予後→治療と一連の情報として切れ目なく行われることが多い。しかし、家族からすれば一つ一つの情報を聞いているだけで精一杯であり、一連の説明のなかに医療者が真に伝えたい情報があっても理解できていない可能性が高い。よって話を進める際は、毎回家族に許可を得ることが重要である。これは予後のような深刻な知らせを伝える際も同様で、最初に切り出す言葉として必要となる。

深刻な知らせを簡潔に伝える

情報を簡潔に伝えるとは、新聞の見出しのように一目見て理解できる内容を伝えることである。見出しの内容は「事実」と「意味」の2つからなる。この組み合わせを用いることで表3のように専門用語を用いず、平易な言葉で核心となる情報を伝えることができる。

もし、深刻な知らせが相手にとって完全不意打ちである場合、情報を伝える前に今からあなたにとって辛い話をするという警告を行うとよい。相手は情報に対して身構えることができるため、ショックを和らげ、理解を促すことができる^{7,8)}。

仮に予後が不明瞭な場合でも、伝える方法は変わらない。「事実」としての状況と、予後は現時点ではわからない、という「意味」を同じように簡潔に伝えるだけである。または「我々も〇〇さんの意識が戻ることを願っていますが、回復しないかもしれないと心配しています」と希望と懸念を組み合わせる方法もある^(メモ3)。

伝えたあとは沈黙する

深刻な知らせを伝えたとはい、必ず沈黙する¹⁰⁾。詳しくは次項で説明するが、深刻な知らせを伝えたとはい強い感情が出現する可能性が高い¹¹⁾。むしろ感情の表出がなければ、内容が伝わっていない可能性を考慮すべきである。悪い予後聞いた家族は、感覚が麻痺する、または強い感情や思考が渦巻くため、後に続く話の内容を理解するのは極めて困難となる。その状態でさらに情報を提供するのは、家族からすれば攻め立てられているように感じるかもしれない。ある程度沈黙の時間をとり（筆者は5分以上沈黙したこともある）、相手の様子を見て「話を続けてもよろしいですか？」と許可を得てから、再開するのがよいだろう。

予後を明確に伝えることに対して、抵抗のある医療者も多い。医療者も感情ある人間であり、その気持ちは自然なことである。一方で、最初に述べたとおり、ケアのゴールを設定するためには、医学的情報を確実に共有する必要がある。我々、医療者の役割は深刻な知らせを適切に伝え、患者のために家族が前に進むことをサポートすることである^(表3)。

感情に対応する

強い感情は認知を妨げる。これはfMRIの研究でも実証されており、感情的な体験が脳辺縁系を興奮させ、皮質の認知中枢を停止することが示されている。家族の病状に対する理解や感情的な適応を促すためにも、感情への対応は医療者にとって重要なコミュニケーションスキルの1つである。

感情の表出に気づく

感情に対応するには、その表出に気づかなければならない。医療者は病状を説明することに集中するあまり、家族の感情的な反応を見逃しがちである¹²⁾。例えば、家族が「助けてください！ お願いします！」と興奮しながら同じ言葉を繰り返している場合、感情の波にのまれて情報をうまく処理できていない可能性が高い。

まずは面談をとおして家族の感情的反応を観察する。表情やわかりやすい言葉はもちろん、例えば、空を見上げる、腕組みをして大きなため息をつく、俯いて涙を流す、などちょっとした仕草での表出もある。

言葉で感情に応える

NURSE 感情への対応は、前述した沈黙に加え、アイコンタクト、触れる、など非言語的なものから、相手の感情に名前をつける (Name)、理解 (Understand)・敬意 (Respect)・支

表3 深刻な知らせを伝える際の言い回し

場面	言い回し例
許可を得る	「ここからは〇〇さんの意識の状態についてお話してもよろしいでしょうか？」 「私の心配事についてお話してもよろしいですか？」
深刻な知らせを伝える	「非常に申し上げにくいのですが(警告)、これまでの検査の結果から脳に大きな障害が残っており(事実)、意識が戻る可能性はかきりなく低いということがわかりました(意味)」 「ご家族にとっては辛い話になるかと思いますが(警告)。〇〇さんのお身体の状態はさらに悪くなっており(事実)、このまま時間から日単位の短さで亡くなると思われます(意味)」

表4 感情に対応する際の言い回し

場面	言い回し例
NURSE	「突然のことで驚かれましたよね」(Name) 「どれほどお辛いのか、想像することしかできません」(Understand) 「これまでご自宅ですと頑張ってこられたんですね」(Respect) 「これから私達ができるかぎりサポートしていきます」(Support) 「よかったです、それはどういう意味か教えていただけますか？」(Explore)
I wish statement	「こんな状況でなければ、本当にどれだけよかったですか... 我々もそう思います」

メモ3 TIPS③「必要」という言葉は注意して扱う⁹⁾

例えば、呼吸不全が重篤であることを伝える際に「〇〇さんは気管挿管が必要な状態です」と言ってしまうと、患者の価値観に合致しているかどうかにかかわらず、家族は気管挿管を行うことが正しい選択であると思い込んでしまう。医療者の「必要」という言葉には患者、家族にとって「すべきである」というニュアンスが入ってしまうことに注意が必要である(注意すべきである)。

持 (Support) を示す、相手の感情を探る (Explore)、といった言語的なものがある。NURSEは感情に対する効果的な言語的対応をまとめたもの^(表4)であり、相手の反応を伺いながら活用する¹⁰⁾。

上述の例で、家族が「助けてください！ お願いします！」と興奮しながら同じ言葉を繰り返している場合「とても心配ですよね」と感情に名前をつける「チーム皆でしっかり対応していきます」と支持を示す、など使用することができる。

表5 価値観を聴取する際の言い回し

場面	言い回し例
価値観の聴取	「私達は皆で□□さんにとっての最善を一緒に考えていきたいと思っています。何が最善かは患者さん一人一人考え方が違うので、もう少し□□さんについて伺ってもよろしいでしょうか？」 「□□さんのことで、いま一番心配なことは何ですか？」 「□□さんはどんな性格ですか？」 「□□さんは元気があったとき、どういうことを楽しみにされていますか？」 「□□さんはどんなことを大切にします人ですか？」 「□□さんはご病気のことをどのように考えられていましたか？」 「□□さんは生きていくうえで、これは譲れないというようなことはありましたか？」

I wish statement

また、例えば、救命困難であることを伝えたあとに「私の家族は助かりますよね!？」と激情のままに家族から迫られることがある。家族の喪失感、絶望感が強く、怒りや失望を向けられる状況ではNURSEだけで共感的に対応することは難しい。このような時に有用なのがI wish statementと言われる言語的対応である(表4)。状況が違っていたらと願う気持ちを表明する(表明後は沈黙するとよい)ことで、医療者も1人の人間として「助かってほしい」と家族と同じ気持ちであると伝えることができ、かつ「実際は助からない状況である」ということを言外に示すことができる¹³⁾。もちろん、I wish statementで終わりではなく、相手の反応や感情に応じて、引き続き感情への対応を行っていく。

深刻な知らせを伝え、感情に対応したあとは、そのままケアのゴールについて話しあうか、次回の面談に持ち越すかを家族と相談する。後日に話しあうことを選んだ場合、今回の内容をまとめ、次回の面談に向けて考えてもらいたいことを伝えることができる。

価値観を明確にする^{14~16)}

価値観の聴取は家族面談にかぎらず、面会時にどの職種でも聞くことができる。アドバン

ス・ケア・プランニングとして事前に本人の価値観がカルテに記載されている場合もあるだろう。事前に把握した内容に加え、家族面談中に予後を理解した家族に改めて尋ねることで、患者の人格、価値観をより明確にすることができる。

まずは尋ねる理由と家族の気がかりから

価値観を知るための質問を行う前に、家族に病状認識を尋ねる時と同様、なぜ本人について知りたいのか説明するのがよいだろう。というのも、よくある失敗例として「□□さんの価値観は何ですか？」と脈絡もなく質問してしまうことがある。前振りのない突然の質問、価値観という抽象的な言葉から、家族は困惑し答えることが難しくなる。

また、悪い予後を知ったばかりで家族は今後に対する不安や心配を抱えている可能性が高い。最初に家族の心配事、気がかりから尋ねると会話の流れとして自然である。もし「今後はどうなるんですか!？」と感情的に質問されたとしても、価値観の聴取ができず、ゴールも設定されていない状態で治療内容の話は行わない。まずは「今後のこと、とても不安ですよ」などと感情への対応を行い「今後のことを考えるためにも、□□さんのことを教えていただいてもよろしいですか?」と患者を知る流れにつなげるのがよい。

相手を知ろうとする姿勢は日常と同じ

日常的な具体的な内容から質問する
日常のなかで他人を知ろうとする際、まずは相手の好きなもの、楽しみなことから質問することが多いだろう。あえて相手の嫌いなもの、苦手なことから質問することは少ない。また、抽象的な話より具体的な行動を聞くほうが相手も答えやすいだろう。家族面談における価値観の聴取も同様である。例えば「休日はいつも家族と出かけるのを一番の楽しみ

にしていました」と言われれば、この患者は家族に価値をおいていることがわかる。まずは、日常的な、具体的な内容から質問し、患者の人格、価値観を想像できるようになったところで、病気に関する内容、患者が許容できない内容などを質問するのがよい。

患者の人格、価値観を想像できるようにしてから核心に入る

よく用いられる言い回しとして「□□さんであれば今の状態をどのように考えるでしょうか?」があるが、この質問も最初に質問するものではない。有用なフレーズではあるが、予後を知ったばかりの家族が、突然このように聞かれても本人の気持ちになって答えることは難しい。また、仮に答えられたとしても医療者が患者についてよく知らない状態では、それが本当に本人らしい答えなのか判断がつかない(家族の希望が強く入っている可能性がある)。あくまで患者の人格、価値観を具体的に想像できるようになってから「そんな□□さんであれば、今の状態をどのように考えるでしょうか?」と尋ねるとよいだろう。

表5に記載している質問はあくまで例であり、このなかの質問に1つ答えてもらったから終わりというわけではない。目的は医療者が患者という人間を鮮明に思い描けるようになることである。「もっと詳しく教えてください」「どうして?」「ほかには?」の3つの質問を駆使して、患者の人格、価値観をより深掘りしていく必要がある。

ケアのゴールを設定する

病状・予後が伝わり、患者の価値観が明確になれば、家族と一緒にケアのゴールを設定することができる。もし家族の納得が得られない場合、予後が確実に伝わっていないのか、または価値観をうまく聴取できていないのか、

理由を評価する必要がある。一方で、家族の心情として、患者本人の価値観に基づいたゴールとはいえ、頷くことが難しい場合もあるだろう。その際は、家族が心の折り合いをつける時間が必要なこともある。

ICUにおけるゴールは大きく3つ

患者の数だけゴールは存在するが、ICUにおけるケアのゴールは大きく3つにわけることができる。

ICUに入室してすぐや、PCAS患者で神経学的予後が悪いとはいえない場合、

- ①生存期間を伸ばすため全力で救命治療を続ける。治療を諦めたくない、しかし、苦痛のある治療を受け続けたくないといった場合、
- ②いま行っている治療は続けるが苦痛が増えるようなことは行わない。病状が非常に悪く救命困難な場合や、救命はできても機能的予後が悪く、本人の望む生活の質(QOL)を達成できないような場合、
- ③苦痛緩和を最優先とし、苦痛緩和につながらないものは終了も検討する、

の3つである。
ゴールとは病状や価値観によって適宜再設定するものであり、①や②は経過によっては③に移行することもある。また、予後の不確実性が高く判断が難しい場合もある。そのような場合は、一定期間治療を行い、その結果をもって現在のゴールが妥当かどうか再度話しあう、time-limited trial^{*1)}を提案してもよいだろう。

ゴールを達成するための治療内容を提案する

最後はゴールに即した治療内容を提案する(表6)。あくまで治療内容を提案するのであって「胸骨圧迫は行いますか? どうしますか?」などと尋ねてはいけない。医療のプロである医療者が、ゴールを達成するために必

*1
治療の継続期間、改善または悪化を判断する臨床基準、基準を満たす/満たさない場合の方針を定め、治療期間終了時にゴールを再度相談すること。

表6 ケアのゴールを設定する際の言い回し

場面	言い回し例
ゴールの設定	①「目を覚ますのを信じて、しっかり治療を行っていきましょう」 ②「治療をもう少し頑張って、でも今後さらに悪くなった時はいたずらに苦しみを引き伸ばさないように相談しましょう」 ③「とにかく痛みをとって、できるだけ苦しめないようにしていきましょう」

要な治療内容を提案する。当然、提案した内容に対して家族の意見に耳を傾ける。もし悩まれている様子であれば、決して無理強いせず「1度ご家族でゆっくり話し合われてください」と十分な時間を与えるのがよいだろう¹⁷⁾。また家族が提案を受け入れない場合は、感情や価値観などを再度探る必要がある。

おわりに

家族面談における「深刻な知らせを伝える」「ケアのゴールを設定する」ためのアプローチやコミュニケーションスキルについて解説した。これらは訓練すれば誰でも身につけることができるものと実感していただければ幸いである。PCAS 患者の死亡原因で最も多いのは、神経学的予後を不良と判断し、生命維持治療を終了することである¹⁸⁾。日本では生命維持治療終了のハードルは依然高いが、それでも目の前の患者、家族が残された時間をどのように過ごしていくかは、医療者との話し合いにかかっている。患者、家族が「これでよかった」と言えるように、本稿の内容を日々の話し合いに生かしていただきたい。

文献 12a 見出し MB 3/ J
20H

- Sharma RK, Dy SM. Cross-cultural communication and use of the family meeting in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2011; 28: 437-44. PMID: 21190947
- Vendetta L, Vig E, Kross E, et al. The role of the palliative medicine clinician in the family conference. *Am J Hosp Palliat Care* 2023; 40: 5-9. PMID: 35465731
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. ■章タイトル ■. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical*

cal Decisions in Clinical Medicine, 9th ed. Columbus: McGraw-Hill Education, ●-●: 2022.

- Azoulay É, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000; 28: 3044-9. PMID: 10966293
- White DB, Braddock CH 3rd, Berekeyei S, et al. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: opportunities for improvement. *Arch Intern Med* 2007; 167: 461-7. PMID: 17353493

- McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med* 2004; 32: 1484-8. PMID: 15241092
- Maynard DW. On "realization" in everyday life: the forecasting of bad news as a social relation. *Am Sociol Rev* 1996; 61: 109-31.

- Maynard DW. How to tell patients bad news: the strategy of "forecasting". *Cleve Clin J Med* 1997; 64: 181-2. PMID: 9105112
- Kruser JM, Clapp JT, Arnold RM. Reconsidering the language of serious illness. *JAMA* 2023; 330: 587-8. PMID: 37486663

- Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 164-77. PMID: 15890639
- Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, et al. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996; 77: 2630-7. PMID: 8640715

- Jansen J, van Weert JCM, de Groot J, et al. Emotional and informational patient cues: the impact of nurses' responses on recall. *Patient Educ Couns* 2010; 79: 218-24. PMID: 20005066
- Quill TE, Arnold RM, Platt F. "I wish things were different": expressing wishes in response to loss, futility, and unrealistic hopes. *Ann Intern Med* 2001; 135: 551-5. PMID: 11578166

- Nakagawa S, Callahan ME, Berlin A. Patient values: three important questions-Tell me more? Why? What else? *BMJ Support Palliat Care* 2023; 13: 363-4. PMID: 37076260
- Childers JW, Back AL, Tulskey JA, et al. REMAP: a framework for goals of care conversations. *J Oncol Pract* 2017; 13: e844-50. PMID: 28445100

- Lu E, Nakagawa S. A "three-stage protocol" for serious illness conversations: reframing communication in real time. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 1589-93. PMID: 32278484
- Widera E, Anderson WG, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *N Engl J Med* 2020; 383: e71.

- Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med* 2021; 47: 369-421. PMID: 33765189

- Childers JW, Back AL, Tulskey JA, et al. REMAP: a framework for goals of care conversations. *J Oncol Pract* 2017; 13: e844-50. PMID: 28445100

- Lu E, Nakagawa S. A "three-stage protocol" for serious illness conversations: reframing communication in real time. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 1589-93. PMID: 32278484

- Widera E, Anderson WG, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *N Engl J Med* 2020; 383: e71.

- Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med* 2021; 47: 369-421. PMID: 33765189

- Childers JW, Back AL, Tulskey JA, et al. REMAP: a framework for goals of care conversations. *J Oncol Pract* 2017; 13: e844-50. PMID: 28445100

- Lu E, Nakagawa S. A "three-stage protocol" for serious illness conversations: reframing communication in real time. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 1589-93. PMID: 32278484

- Widera E, Anderson WG, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *N Engl J Med* 2020; 383: e71.

- Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med* 2021; 47: 369-421. PMID: 33765189

- Childers JW, Back AL, Tulskey JA, et al. REMAP: a framework for goals of care conversations. *J Oncol Pract* 2017; 13: e844-50. PMID: 28445100

- Lu E, Nakagawa S. A "three-stage protocol" for serious illness conversations: reframing communication in real time. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 1589-93. PMID: 32278484

- Widera E, Anderson WG, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *N Engl J Med* 2020; 383: e71.

- Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med* 2021; 47: 369-421. PMID: 33765189

- Childers JW, Back AL, Tulskey JA, et al. REMAP: a framework for goals of care conversations. *J Oncol Pract* 2017; 13: e844-50. PMID: 28445100

- Lu E, Nakagawa S. A "three-stage protocol" for serious illness conversations: reframing communication in real time. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 1589-93. PMID: 32278484

- Widera E, Anderson WG, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *N Engl J Med* 2020; 383: e71.

- Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med* 2021; 47: 369-421. PMID: 33765189

- Childers JW, Back AL, Tulskey JA, et al. REMAP: a framework for goals of care conversations. *J Oncol Pract* 2017; 13: e844-50. PMID: 28445100

- Lu E, Nakagawa S. A "three-stage protocol" for serious illness conversations: reframing communication in real time. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 1589-93. PMID: 32278484

- Widera E, Anderson WG, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *N Engl J Med* 2020; 383: e71.

- Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med* 2021; 47: 369-421. PMID: 33765189

- Childers JW, Back AL, Tulskey JA, et al. REMAP: a framework for goals of care conversations. *J Oncol Pract* 2017; 13: e844-50. PMID: 28445100

- Lu E, Nakagawa S. A "three-stage protocol" for serious illness conversations: reframing communication in real time. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 1589-93. PMID: 32278484

- Widera E, Anderson WG, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *N Engl J Med* 2020; 383: e71.

- Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med* 2021; 47: 369-421. PMID: 33765189

- Childers JW, Back AL, Tulskey JA, et al. REMAP: a framework for goals of care conversations. *J Oncol Pract* 2017; 13: e844-50. PMID: 28445100

- Lu E, Nakagawa S. A "three-stage protocol" for serious illness conversations: reframing communication in real time. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 1589-93. PMID: 32278484

- Widera E, Anderson WG, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *N Engl J Med* 2020; 383: e71.