

在宅看取り事例に対する職種間の意識や態度の相違に関する質的調査： 多職種事例検討ツールとKJ法による一般化

平川 仁尚

名古屋大学大学院 医学系研究科国際保健医療学公衆衛生学教室 准教授
(助成時：名古屋大学大学院 医学系研究科国際保健医療学公衆衛生学教室 講師)

【スライド1】

このたび多額の研究助成をいただいたこと、また、このような発表の機会をいただいたことに、発表の前に深謝したいと思います。

【スライド2】

本研究の背景です。
在宅の看取りでは多職種連携が重要です。多職種連携の調整のためには、連携教育…IPと呼ばれるもの、またその中においても事例検討会が有効であるという報告があります。わが国では、「ケア・カフェ」とか「見える事例検討会」といったものが有名なのですが、それらの現場レベル、また全国への普及というものが、いまだ課題となっております。

また、検討会自体は開催されているのですが、そのディスカッションの中身、特に学びの機会となる職種間の意見の相違（コンフリクト）については、ほとんど調査がされていません。

そこで今回、在宅の看取りに関する多職種および多機関参加型倫理事例検討会を試作し、それを用いて職種間の意識や態度の相違を明らかにしました。

スライド1

第25回ヘルスリサーチフォーラム
平成30年12月8日（土）
セッション5

在宅看取り事例に対する職種間の意識や態度の相違に関する質的研究：
多職種事例検討ツールとKJ法による一般化

平川 仁尚

名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学・公衆衛生学教室

スライド2

背景

- 在宅の看取りでは、多職種が協働しながら一人の高齢者を支援する必要がある。
- 多職種協働には、多職種連携教育>事例検討会が有効である。
- 「ケア・カフェ」や「見える事例検討会」が有名だが、普及が課題となっている。
- また、検討会における職種間の意見の相違（コンフリクト）については、ほとんど調査がされていない。
- 本研究の目的は、在宅の看取りに関する多職種・多機関合同倫理事例検討会を試作し、職種間の意識や態度の相違を明らかにすることであった。

【スライド3】

検討会に用いられた事例ですが、ワーキンググループおよび先行研究、また、名古屋市で行われている事例検討の題材をもとに、この3題を挙げました。

課題1が入院拒否。頑なに入院を拒んでいたが、最期は本人の意思に反して病院で看取られた高齢男性。この

方は、再三の入院の勧めを拒否されて、最期は奥さまが頑張って看取ろうとしたのですが、慌てて訪問看護に連絡をして、急遽搬送された。

課題2は消極的安楽死ということで、ご本人さまが「草木が枯れるように逝きたい」と常々言っておられたということで、唯一の身寄りのお嫁さんと医師が相談をして、食欲低下の精査はほとんどせず、「本人も嫌がるでしょうから」ということで、在宅で水分のみの点滴で看取った。

また、課題3については、末期の心不全ということで、リビングウイルがちゃんと取られていたのですが、デイサービスの職員が急変時に慌てて心肺蘇生を施したという事例です。

【スライド4】

検討会は、平成28年2月から7月にかけて、スライドの都市で実施しました。これは便宜的サンプリングと言いまして、ただ私の知り合いがいたということです。

1回90分の検討で、延べ138人の参加を得ました。

各検討会では多職種・多施設になるように、6人から8人のグループで行いました。

会議の進行自体はブレインストーミングの方法を用いました。

分析は、KJ法の一部およびJonsenらの臨床倫理の四分割表を用いました。

スライド3

検討会で用いられた事例

課題1：入院拒否

頑なに入院を拒んでいたが、最期は本人の意思に反して病院で看取られた高齢男性

87歳男性Aさん。要介護1、中等度認知症。妻と二人暮らし。遠方に住む長女が、月1-2回、泊りで来ている。Aさんは病院嫌いで、「絶対病院には行きたくない」と話している。数ヶ月前から食欲不振、脱水症状がみられるようになり、歩けなくなった。気乗りしないAさんを家族はK病院に受診させ、医師より入院を勧められたが、Aさんは拒否した。Aさんは訪問看護導入のみ納得され、自宅で点滴をすることになった。その後、徐々に意識混濁状態となり、ある日、妻がチアノーゼに気づき、訪問看護に連絡。救急搬送後、病院で看取られた。

課題2：消極的安楽死

嚥下困難であったがリビングウイルに従って在宅で看取られた身寄りの少ない中等度認知症の高齢女性

85歳女性Bさん。未婚。姪が唯一の身寄り。姪によると、Bさんは元気な頃から「草木が枯れるように逝きたい」と言っていた。座位保持可能、認知症中等度だが意識清明。最近、急に嚥下障害・食欲低下あり。医師から入院を含めて今後の方針を姪に相談したところ、「本人が嫌がるでしょうから胃瘻など延命治療はやめてください。入院したくないでしょうし。」と言われた。そして、姪の意向に従い、在宅で水分のみの点滴で様子を見ることになり、その後永眠された。

課題3：病院への搬送

デイサービス利用中に救急要請されて心肺蘇生が施された心不全終末期の認知症高齢男性

87歳の男性Cさん。デイサービス利用中。歩行や入浴は監視下で可能だが、認知症中等度で心不全の終末期と診断。Cさんと家族は「何かあっても延命処置を希望しない」と施設に伝えており、介護記録にも記載されている。医師からは余命3-6ヶ月程度と言われてた。ある日、デイサービスの食事後に突然意識がなくなり倒れた。予想外の急変であったので、慌てて心肺蘇生を開始し、救急車を要請した。

スライド4

事例検討会の実施

- ・平成28年2月から平成29年7月
- ・秋田市 恵那市 名古屋市 姫路市 徳島市 朝倉市で実施
- ・1回 90分
- ・合計138名（医師11名、看護師35名、弁護士2名、介護・福祉職90名）
- ・多職種・多施設となるように6-8名にグループ分け
- ・ブレインストーミング（一人ひとり順番に簡潔に発言）
- ・分析
 - > KJ法（一部）
 - > Jonsenの臨床倫理の四分割表
（医学的適応、患者の意向、Quality of life (QOL)、周囲の状況）

【スライド5】

一つ一つ、倫理の四分割表の項目で説明します。

まず課題1については、医師-患者・家族関係が重要であるが、このケースでは医師の存在が見えなかった。また、急変時に備えて関係者間でシミュレーションしておく良かったといった看護師の意見。

課題2については、苦痛ない自然死だったので良い死だったと思う。

課題3については、いつ急変があってもおかしくない状態だったので、関係者間の打ち合わせをしておくべきだった。また、予後予測は医師でも難しいので、介護職員には不可能であったろう、といった看護師の意見がありました。

スライド 5

医学的適応（恩恵・無害性）

課題1

- ・医師—患者・家族関係が重要であるが、このケースでは医師の存在が見えなかった（医師）
- ・本人の意思に反して入院をさせてしまったという妻の心の葛藤を和らげるのに、訪問看護師の存在は大きかった（医師）
- ・妻が訪問看護師に連絡をして緊急入院の手配をもらったのは仕方なかった（看護師）
- ・急変時に備えて、関係者間でシミュレーションをしておく良かった（看護師）

課題2

- ・苦痛ない自然死だったので、良い死であったと思う（医師）
- ・病状の回復の可能性を考えてある程度の精査が必要ではなかったか（医師）

課題3

- ・いつ急変があってもおかしくない状態だったので、関係者間の打ち合わせを通じて準備をしておくべきだった（医師）
- ・介護職員が心肺蘇生の可否を判断することは難しかったであろう（医師）
- ・予後予測は医師でも難しいので、介護職員には不可能であったろう（看護師）

【スライド6】

次に患者の意向についてです。

課題1については現実的で臨機応変なACPが必要であったといった医師の意見や、患者が自分の病状や起こり得ることを本当に理解できるかは懐疑的であるという介護職員の意見。

課題2については、認知症により患者が正しい意思決定ができなかった可能性があるといった医師の意見や、もっと積極的にACPの文書化やモニタリングに関わるべきであったという医療・介護関係の多職種の意見がありました。

課題3については、介護職員は本人の意思に反して心肺蘇生を実施すべきではなかったといった意見も、医師から見られました。

スライド 6

患者の意向（自律性尊重）

課題1

- ・現実的で、臨機応変なアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が必要であった（医師）
- ・患者は認知症であり、ACPの正確性と信頼性に疑問がある（医師、看護師）
- ・介護保険制度におけるケアプランと絡めながら、訪問看護師やケアマネジャーがもっとACPに積極的に関わる良かった（看護師）
- ・日本では、死について語ることはタブーである（介護職員）
- ・患者が自分の病状や起こり得ることを本当に理解できるかは懐疑的である（介護職員）

課題2

- ・認知症により患者が正しい意思決定ができなかった可能性がある（医師）
- ・疑に迷惑を掛けたくないで本音を言わなかった可能性がある（医師）
- ・元気の衰と病状が悪化した時では患者の希望が変わっている可能性がある（医師・看護師・介護職）
- ・その患者に説明をしていたとしても、心肺蘇生や人工呼吸器の適応について理解することは難しかった可能性が高い（医師）
- ・その上、疑や医師が、患者の意向を十分に考慮せずに治療方針を決めてしまったのではないか（看護師・介護職）
- ・医療・介護関係者はもっと積極的にACPの文書化やモニタリングに関わるべきであった（医師・看護師・介護職）

課題3

- ・介護職員は本人の意思に反して心肺蘇生を実施すべきではなかった（医師）
- ・死期が迫るにつれて終末期の希望は変わり得るため、また一般の人には延命・救命医療はどういうものなのか理解することは難しいため、本人と家族の意思を定期的に確認をする必要があった（介護職員）

【スライド7】

三つ目のQOLです。

課題1については、看取りの良し悪しは『どこで』よりも『どのように』亡くなったかだと思えるという医師の意見。

課題2については、食事は患者のQOLに直結するので、嚥下障害や消化器系障害で食べられない場合を除いて、できるだけ経口摂取を

進めるべきであるといった看護師の意見。また、患者のQOLを考える上で、もっと生活環境に関する情報が欲しいといったこともありました。

課題3については、デイサービスでくつろげたということで、ある意味良かったのではないかと介護職員の意見がありました。

【スライド8】

最後に周囲の状況です。

課題1については、患者の入院拒否の意思は明らかであったので在宅ケアチームは家族を支えて在宅の看取りを実現する必要があったといった意見や、どうして病院に連れていけないのかと親戚から責められることを危惧

した可能性もあるといった看護師の意見がありました。

課題2については、世の中で自然死が肯定的に捉えられるようになってきたため、自然死を選択することの苦痛は以前より減っているのではないだろうかといった医師の意見。また、姪は実の娘ではないので介護に対する責任感はさほど強くなく、姪はやれるだけのことはやっただと感じているだろう、と。

課題3については、患者は急変が予想されていたので、もっと急変時対応について準備しておくべきだったという医師の意見や、DNARの希望を介護記録にも残しておけば倫理的・法律的ジレンマの軽減につながったのではないかと介護職員の意見等がありました。

スライド7

QOL (幸福追求)

課題 1

- ・看取りの良し悪しは、「どこで」よりも「どのように」亡くなったかだと思う (医師)

課題 2

- ・食事は患者のQOLに直結するので、嚥下障害や消化器系障害で食べられない場合を除いて、できるだけ経口摂取を勧めるべきである (看護師)
- ・今回のケースでは、食欲低下について原因の精査をされることなく、末梢点滴で経過観察となつたので、問題があったかもしれない (医師・介護職)
- ・患者のQOLを考える上で、もっと生活環境に関する情報が欲しい (介護職)

課題 3

- ・患者は馴染みのデイサービスでくつろげていたであろうと推察でき、そこで最期を迎えることができたことはある意味良かったのではないかと (介護職員)

スライド8

周囲の状況 (効用と公正)

課題1

- ・患者の入院拒否の意思は明らかであったので、在宅ケアチームは、家族を支えて、在宅の看取りを実現する必要があった (医師・看護師・介護職)
- ・混乱した家族を安心させられたという点では、救急車要請は間違った選択ではなかった (看護師・介護職)
- ・定期的な医師の診察がなかったため、(救急車を要請することで) 検死を避けたいという意向があったかもしれない (介護職)
- ・「どうして病院に連れて行かないのか」と親戚から責められることを危惧していた可能性もある (看護師)
- ・妻と娘はきっと病院に搬送したことを後悔していると思うので、遺族のケアが重要だ (看護師・介護職)

課題2

- ・世の中で自然死が肯定的にとらえられるようになってきたため、自然死を選択することの精神的苦痛は以前より減っているのではないかと (医師)
- ・姪は少しでもおばに長生きしてほしいのではないかと可能性があり、遺族のケアが重要だ (看護師)
- ・姪は実の娘ではないので、介護に対する責任感はさほど強くなく、姪は(姪として)やれるだけのことはやっただと感じているだろう (介護職)

課題3

- ・患者は急変が予想されていたので、もっと急変時対応について準備しておくべきだった (医師)
- ・本人の意思に反して救急搬送されたことや高額な医療負担に対する不満を遺族が持った可能性がある (医師・看護師)
- ・DNARの希望を介護記録にも残しておけば倫理的・法律的ジレンマの軽減につながったのではないかと (看護師)
- ・デイサービスセンターでは、介護職員がCPRとその後の処置をするスペースを確保するのが困難だったであろう (看護師・介護職員)
- ・遺族や介護職員へのメンタルサポートも重要性だ (介護職員)

【スライド9】

こちらは、英語で恐縮なのですが、全ての意見をケースごとに、また、倫理の四分割表で、横軸は医師、看護師、その他と分けて、KJ法によって抽出されたテーマを記載しています。

まとめを左側に書きました。

課題1と3では、医学的適応のカテゴリーに対する発言は、医師、看護師。周囲の状況に関する発言は、看護師、介護職が述べておりました。

課題1と2では、目立った職種間のコンフリクトは見られませんでした。課題3では、医師が突然死は予想できたと述べておりました。

また、課題3では、医師はこのケースはDNARオーダーを無視するものであったとする一方、看護師・介護職は訴訟になることを心配していました。

【スライド10】

考察です。

本研究は在宅看取りの事例検討会の内容を検討した初めての研究です。

短時間で、日本老年医学会が示す倫理的諸問題は幅広く議論がなされていました。しかし、QOLについては議論が深まりませんでした。それは、まずQOL

というのは専門職の間でも実はよく分かっていないということでありまして、もっと事前にQOLに関する…すなわち生活に関する情報も提示しておくべきだったと考えました。

エイジズムについても再認識ができました。すなわち、年齢を理由に精査をせずに自然死を選択するといったことです。

また、ACPというのは、医師・看護師だけではなく、昨今、介護・福祉職がその役割を担うのが望ましいのではないかという意見が出てきておりました。そういった意味でも、今回、幅広くいろいろな職種に議論していただけたことは有意義であったと考えます。

スライド9

Case	Physician	Nurse	Care Worker
医師・看護師・介護職間の意見の相違			
1	Physician-patient communication Diagnosis response planning discussion/consensus for specific patient Patient's role in medicine	Physician-patient communication Diagnosis response planning discussion/consensus for specific patient No other choice Greater hospital involvement	
Patient preferences	Understand informed choice Flexible advance care planning management	Understand informed choice Clear and firm decisions on the part of patients and families Focus of advance care planning and ACP	Understand informed choice
QOL	Process rather than outcome		
Contextual barriers	Unsuccessful team professional collaboration Responsibility of compulsory hospitalization system	Diagnosis's support expected Incarcerated family care	Diagnosis's support expected Incarcerated family care Incarcerated support from wife Incarcerated by caregiver role Family satisfaction Availability of professional consultation Values of willing about death
2	Medical indication Honest death Careful medical examination	Honest death Feeling of guilt toward patient's relatives Prognostic uncertainty	Careful medical examination Satisfaction with medical response
Patient preferences	Prognostic uncertainty Understand informed choice Good death as valued	Understand informed choice No patient involvement in decision-making	Understand informed choice Active observation in medicine between patient and family
QOL		Loss of final enjoyment	Assessment of living arrangement
Contextual barriers	Incarcerated family care Willingness acceptance of natural death	Apprehension about lengthy caregiving Wish to prolong life	Apprehension about lengthy caregiving No language to talk on
3	Emergency response planning discussion/consensus for specific patient Expected care for the worse Difficult judgment Need to resolve roles	Emergency response planning discussion/consensus for specific patient Unexpected care for the worse	Emergency response planning discussion/consensus for specific patient
Patient preferences	Urgent contact with family DNAR/ACPR as a good practice Concrete action plan		Changeable wishes Difficult to understand end-of-life options
QOL		Place of recreation and education	QOL-centered plan
Contextual barriers	First-aid skills expertise should have Intelligence of emergency	Inappropriate place for end-of-life care Physical demand Institution's lack of medicine High medical fees Legal importance of medical records	Inappropriate place for end-of-life care Physical demand Institutional emergency provision Expense for cardiac staff

スライド10

考 察	
・	在宅看取りの事例検討会の内容を検討した初めての研究である。
・	短時間で、高齢者のエンド・オブ・ライフケアにおける倫理的諸問題（エイジズム、自己決定、コミュニケーション、終末期教育、ケア技術、ヘルスケアコスト、法律的問題）について幅広く議論がなされた。
・	生活環境に関する情報が不足していたため、参加者はQOLについて議論を深めることができなかった。
➢	QOLは専門職の間でも、実はよく理解されていない。
➢	効率的かつ効果的に議論を行うための補足情報を事前に配布しておく必要性が示唆された。
・	年齢を理由に精査をせずに自然死の選択をすることはエイジズムの危険性があることを再認識できた。
・	参加した医師、看護師、介護職は、文書化も含めて、ACPについて議論を深めることができた。
➢	ACPが個人の尊厳に関わることや、医師や看護師は忙しいこともあり、介護・福祉職の関与が望ましい。

【スライド11】

医師は看取りにおける家族や遺族のケアの重要性を再認識する機会となったということですが、医師は入学時は患者・家族に対して共感する姿勢は比較的持っているらしいのですが、6年間の医学教育の過程でだんだん共感する姿勢がなくなっていくというデータが

ございます。逆に看護師・介護職は、共感の姿勢に対してトレーニングを受けているということで、医師にとっては非常にいい勉強の機会になっているのではないかと考えました。

また、介護施設においては、まだまだ看取りの準備は十分にできていないという報告が数多くありますので、本事例検討でも、事前に準備していく必要性というのを彼らが認識しておりました。

【スライド12】

訴訟リスクについてですけれども、心肺蘇生をしなければ遺族から訴えられる危険性がある一方で、心肺蘇生を希望していないのに病院に運ぶと今度はQOLが損なわれる危険性もはらんでいるという、非常に難しい問題でした。

今回の研究でコンフ

リクトが見られなかったのは、職種を混ぜてしまったことによって、伝統的な医師を頂点とするヒエラルキーが自由な発言を妨げた可能性があり、また、進行にブレインストーミングを用いたことが、少し問題の特定を困難にさせた可能性があります。

弁護士やソーシャルワーカーの参加も呼びかけましたが、分析するほど集まりませんでした。

スライド 11

考 察

- 医師にとっては、看取りにおける家族や遺族のケアの重要性を再認識する良い機会となった
 - > 医学部の教育課程の間に、患者・家族に共感する姿勢が後退する
(Kelm et al., 2014; Neumann et al., 2011)
 - > 看護師や介護職は本人や家族への共感姿勢のトレーニングを受けている
(Dobbs et al., 2014; Williams & Stickley, 2010)
- 介護施設において、看取りと救急救命処置の事前準備を行う重要性が示唆された
 - > 患者の家族は、病院以外での看取りに馴染みがない
 - > 家族、医師、その他のコメディカルスタッフとの間で、コンセンサスを得るのが難しい
 - > 職員を対象とした看取り教育が不足している
 - > 高齢者介護施設には、処置室や緊急時マニュアルやガイドラインがない場合が多い
(Costa et al., 2016; Hirakawa et al., 2009; Kayser-Jones, 2002; Maeda et al., 2016; Omar Daw Hussin, et al., 2018)

スライド 12

考 察

- 参加者は、課題3において、施設の対応がどうであれ、訴訟のリスクがあることを認識した。
 - > 心肺蘇生を行うか、病院に搬送するかしなければ、遺族から訴えられる危険性
 - > 心肺蘇生を行うか、病院に搬送すれば、患者の意思に反し、QOLが損なわれる危険性

研究の限界

- 専門職間でのコンフリクトはよく起こるが (Klarare et al., 2013; Lee et al., 2014; Lidskog et al., 2008)、今回はほとんどみられなかった。
 - > 職種間のヒエラルキーが自由な発言を妨げた可能性 (特に医師が司会者)
(Adachi, 2014; McKay & Narasimhan, 2012; Schocken et al., 2013)
 - > ブレインストーミングにより、コンフリクトが生じやすい倫理的課題の特定が困難だった可能性
- 弁護士やソーシャルワーカーを招聘したが、参加はごく少数にとどまった。

【スライド13】

結論は以上です。

スライド 13

結 論

- 厳選された倫理的に悩ましい在宅看取り事例を短時間で検討できる多職種・多機関合同倫理事例検討会を試作した。
- そして、全国的に開催し、参加者の職種間の意識や態度の相違を明らかにすることを目的とした。
- その結果、参加者は、職種を超えて、在宅の看取りの際に生じる倫理的問題を幅広く、効率よく議論できた。
- QOLの検討を深めるための情報の提供が必要であった。
- 職種間のコンフリクトを浮き彫りにする仕掛けが課題である。

質疑応答

会場： 私はビジネススクールに勤めているのですが、ビジネススクールはケースメソッドという形で、この手の教育をリアルに近い形でやろうとしています。このご研究も何か似たような形の教育メソッドというようにしたほうが、はるかに影響力が出て来そうな気がするのですが。コメントとしての質問になりますが、いかがでしょうか。

平川： ありがとうございます。なかなか質問に対する答えにはなっているかどうか分からないのですが、これだけ短くしたのは、実は6時以降にしか参加できない…普通の忙しい中でやるのは難しくて、完全に論点を絞るためにギュッと短くしているということがあります。そして、本当は研究でしたら、医師グループ、看護師グループ、介護職グループという形でやるのがよろしいと思うのですが、今、先生がおっしゃったように、どちらかという教育的な場でもあったので、多職種を混ぜてしまったということもあります。
ただ、励ましの言葉と受け取ってよろしいのか分かりませんが、私も教育学をやっているので、ぜひ教育的な効果も考えていきたいと思います。ありがとうございます。

会場： 私は医師なのですが、多職種カンファレンスなどにこの四分割表を用いたりします。やはりQOLのところが一番難しいと思うのですが、何となく方向性として、左上の医学情報と右上の患者の意向と右下の周囲の状況をまとめて、最後QOLに

ついでみんなで話し合うというような使い方をしていきます。先生のやり方では、その4つは全部別々に考えて、最終的にどういうところにゴール地点を持っていくような形だったのでしょうか。

平川： 貴重なご指摘ありがとうございます。私も時々順番には迷うところではあるのですが、先生がおっしゃるとおりで、最後にQOLを検討するとよろしいかと思えます。しかし今回に限って言いますと、倫理的なジレンマが生じた部分にフォーカスを当てました。その方のQOLを検討するというよりは、やはり倫理的なジレンマが在宅の看取りの一番のコアの部分になると思うので、そこに敢えて焦点を当てた題材になっていますので、逆に結果的にQOLの部分を入れ忘れたというか、もうちょっとその方の背景を分かるようにすると良かったかなということです。おっしゃるとおりだと思います。

座長： 最初に質問された方が、教育メソッドにされたほうがいいのかというのは、これは具体的に言うと、メンバーを変えたほうがいいのか、そこまで踏み込まれた発言ではないのでしょうか。

会場 (最初の質問者)： 医療の分野でも、ケースメソッドというのが非常に盛んになっているとお伺いしているのですが、この手のことで解決ソリューションを求めるときに、ディスカッションベースで意見の違いというものを確認しながら深めていくという教育方法があるかと思えます。それを意識的に教育の中に織り込むと、大変に効果的ではないかという前提で質問を申し上げました。

座長： 分かりました。私がなぜそういうことを伺ったかということ、伝統的なヒエラルキーで、要するに医者があると、福祉とかそういう関係の方が意見をあまり言わないということもあるためです。そういう点でメンバーを少し考えるような工夫はどうでしょうか。

例えば、私はこの中で一番要らないのは医者だと思うのです。つまり、医者というのは、倫理的な課題とか医学的な課題に非常に強いのですけれども、こういう場で必要なのは、現場体験です。むしろ外すとしたら医者を外してしまったほうがいいのかと思っています。先生のご意見は。

平川： おっしゃるとおりで、実は各職種の意見を聞くと、ほとんど9割方が「先生がおっしゃったとおり」という枕言葉が出ての意見なのです。

座長： だから、余計ということになる。

平川： 実は私が今やっていることは、医師にオブザーバーとして端っこに外れてもらって、最後に意見をいただくということです。

座長： 一言ですね。

平川： 一言ありがたい意見をいただくというスタイルだと、皆さんちょっと喜んで参加していただいている感じはします。

座長： それは素晴らしい結論になったと思います。(笑)