

## 第2回竹中・判田圏域地域連携検討会 報告

- 1 日時 令和2年2月19日(水) 18:30~20:30
- 2 場所 判田校区公民館 集会室 参加者66名
- 3 内容
  - (1) 大分市在宅医療・介護連携推進事業について(大分市連合医師会)
  - (2) 竹中・判田圏域の現状について(地域包括支援センター)
  - (3) 事例紹介  
 認知症の人と家族の会 大分県支部 世話人 中野 孝子 氏
  - (4) グループワーク 竹中・判田圏域の医療・介護連携について  
 「認知症高齢者とその家族への早期対応に向けた支援について  
 ~事例を通して考える~」
  - (5) パネルディスカッション

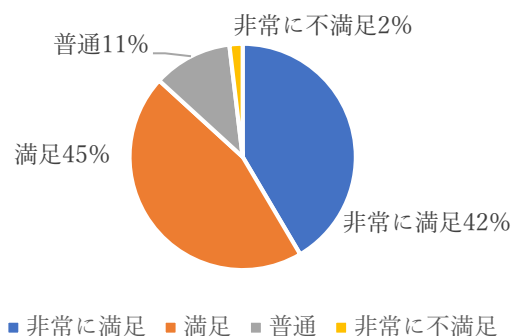
### 4 参加者数(66名)の内訳

職業別参加人数

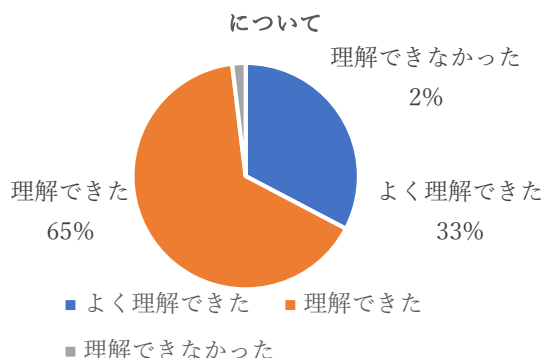


### 5 アンケート集計結果(回答者54名)

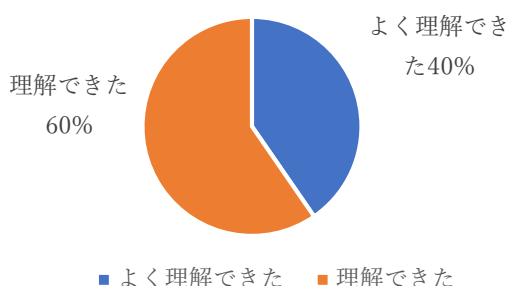
1.本日の検討会について



2.大分市在宅医療・介護連携推進事業



3.竹中・判田圏域について



## 問1. 本日の地域連携検討会は、いかがでしたか。

- ・医師の意見、看護師の意見を直接聞いた。(社会福祉士)
- ・ご家族に認知症について理解して頂くと”一人で抱え込まず”を大切にできたらと思います。(看護師)
- ・すごくいろんな職種の方の話聞いて勉強になりました。
- ・医師(精神科医、かかりつけ医、歯科医)という医師でもいろいろな立場の医師が一堂に会す事はないので、それぞれの立場から意見が聞けてよかった。(介護支援専門員)
- ・各職種、事業所、病院からの意見が大変貴重だった。(精神保健福祉士)
- ・パネルディスカッションもあり直接医師の話も聞けて良かったです。(社会福祉士)
- ・皆さんの多職種の意見が聞けて参考になりました。迷ってもやはり情報共有、声かけ、すべきだと改めて思いました。(精神保健福祉士)
- ・多職種の意見を聞く事ができた。(薬剤師)
- ・各職種の方の意見考えが聞けて良かった。(看護師)
- ・パネルディスカッションを含めて参考になりました。(医師)
- ・勉強になりました。(歯科衛生士)
- ・グループワーク、パネルディスカッションの意見がとても参考になった。連携(目に見える横の連携が大事である)、心がけていこう!(看護師)
- ・支援困難な方をどの様な方向で救ってあげられるのか情報共有の大切さを感じました。(看護師)
- ・多職種の方の意見を聞いて勉強になりました。(社会福祉士)
- ・多職種で協議できる機会がありよかった。(介護支援専門員)
- ・今後、多職種連携の必要性、家族支援の大切さを感じました。(介護事業所関係者)
- ・医師との連携や家族との関りなど勉強になりました。(ホームヘルパー)
- ・当事者である家族の会の方が参加されている事が、とても意味があると思った。もっとお話が聞きたかった。
- ・事例を言う時、内容が前後したり、同じことを繰り返し言っていた。
- ・多職種の視点で意見が交換でき、いろんな意見が聞けて良かった。(介護支援専門員)
- ・多職種の意見が聞け勉強になった。行政の関りを密に行えると良い方向に。
- ・いろいろな職種の方の困りごと、逆に提案を頂き参考になりました。これからの仕事に役立てていきたいと思えます。
- ・事例を通して具体的な支援方法を各職種から聞いたので良かった。(理学療法士)
- ・多くの意見が聞けてネットワーク、地域連携の大切さを知る事ができた。(看護師)
- ・とても良かったです。(理学療法士)
- ・大変勉強になりました。(歯科衛生士)
- ・1つのテーマについて多職種の立場から、同じ圏域の人と話し合いが出来たことは、こういう機会はなかなかないので良かったと思う。(保健師)
- ・地域の色々な専門の職種の方たちとお話し合いが大事だと感じました。(歯科衛生士)
- ・竹中・判田圏域の現状(包括の話)の資料をレジメに入れて欲しかった。

## 問2. 問3 円グラフのとおり

### 問4. グループワークについて

- ・精神障害と認知症との見分けが難しいケースの対応（自殺企図などある場合）。（社会福祉士）
- ・私は話を聞くだけで精いっぱい、話をするのが苦手です。でも勉強になりました。
- ・それぞれの立場から具体的な意見が聞けてよかった。（精神保健福祉士）
- ・多職種の方の意見も聞くことができ参考になりました。（社会福祉士）
- ・充実した話が出来ました。（精神保健福祉士）
- ・他の職種の方達との関りについてももう少し聞きたかった。（薬剤師）
- ・思いが聞けてよかった。（看護師）
- ・それぞれの視点での考えを聞くことができ自分の学びになりました。（看護師）
- ・いろんな意見が出て良かった。（ホームヘルパー）
- ・多職種の方々から自分だけでは気付かなかったようなご意見が聞けてとても参考になりました。（保健師）
- ・話やすい雰囲気できた。（介護支援専門員）
- ・日々感じるができない考え方を理解できて良かったです。（介護事業所関係者）
- ・声が小さく聞き取りづらかった。（ホームヘルパー）
- ・時間が少し足りなかった。（介護支援専門員）
- ・活発な意見交換が出来ましたが、グループワークの時間が短くもう少し時間が長くあったら良かったと思います。（介護事業所関係者）
- ・もう少し時間が欲しかった。
- ・薬剤師さんの活躍が聞いた。患者さんが薬を受け取りに来る様子をよく観察されていると感じた。（介護支援専門員）
- ・入院や入居により環境が変わる事で、せん妄が多く出ることも自分の家族を通して感じておりました。なるべく同じ環境でご本人が過ごせる（気持ちよく）ことが、いちばんベストなのかとも思っております。（薬剤師）
- ・個々の事例もありまとめるのが難しいと思った。（理学療法士）
- ・全く違った立場、地区の方々より、生の意見が聞けてよかった。（看護師）
- ・いろいろな意見を聞けてよかった。（理学療法士）
- ・それぞれの職種の立場での意見がとても参考になりました。（保健師）
- ・それぞれの立場での率直な意見が聞けてよかった。（保健師）
- ・身近な事例に基づいての話し合いよく分かりました。（歯科衛生士）

### 問5. パネルディスカッションについて

- ・様々な職種の意見が聞けて良かった。（社会福祉士）
- ・大変勉強になりました。
- ・それぞれの専門家の意見が聞けてよかった。（精神保健福祉士）
- ・行政の声も聞けて良かったです。（社会福祉士）
- ・とても色々な意見を聞く事ができてよかったと思う。（薬剤師）

- ・パネラーの方の意見がよく聞けました。進行が良かったと思います。(看護師)
- ・精神科医療のタイミングなど話してくれてよかった。(社会福祉士)
- ・各専門職からのいろいろな意見が聞けて、とても参考になった。(看護師)
- ・専門職の立場等わかりやすかった。(ホームヘルパー)
- ・とても良い場だったと思います。E先生大変お疲れさまでした。(保健師)
- ・他職種の方のお話が、今後の参考になりました。(看護師)
- ・専門職での考え方を理解できました。(介護事業所関係者)
- ・さまざまな職種からの意見がきけてよかった。職種ごとに視点が違うので勉強になった。(保健師)
- ・現状、介護保険を使いすぎていて自立に向けての取り組みが多い中、介護度を上げるには？という話し合いは少々矛盾している気はしました。認知症は大変です。(ホームヘルパー)
- ・コーディネーターだけが指示して話してもらうのではなく、パネラーの方が自由に話すところがあってよかったのではと思った。
- ・医師側から感じている患者の様子は、なかなか伝わりにくいことを知った。情報共有が必要だと改めて感じた。(介護支援専門員)
- ・認知症だけの介護度の検討(現状把握)が必要。
- ・十分な議論ができて良かったと思います。(薬剤師)
- ・介護認定の難しさを改めて感じました。実父の認定調査がまさにそれでした。地域によって温度差があり、とても戸惑いました。今日参加することで今後の進め方の参考とさせていただきます。(介護事業所関係者)
- ・ご家族の孤立についての支援が必要なことが改めてわかってよかった。(理学療法士)
- ・各担当より個別の意見を聞けてよかった。具体的なことも聞く事ができた。(看護師)
- ・具体的な方法を教えて頂き良かった。(理学療法士)
- ・グループワークと同じでそれぞれの職種の立場での意見がとても参考になりました。(保健師)
- ・E先生に参加者の聞きたいことを集約し、話をまとめて頂き充実したものになったのではと思います。(保健師)
- ・色々な職種の視点で話が聞けて良かった。(社会福祉士)

#### 問6. 今後、顔の見える連携を行っていくにはどのような方法が良いと思いますか。

- ・色々な立場の医師が一堂に会す会。(介護支援専門員)
- ・今回の形式で良いと思います。パネルディスカッションで全体から意見や質問が出るとよかった。(精神保健福祉士)
- ・お互いへの要望、精神科に求められていることなど知りたいです。(精神保健福祉士)
- ・認知症初期集中ケア活動、アプローチ方法について知りたい。(看護師)
- ・ケアカンファレンスにもぜひなるべく医師として参加したいです。(医師)
- ・このような検討会が良いと思いました。(保健師)

- ・他職種、少人数の検討会でゆっくり意見（情報）交換が出来ればと思います。（看護師）
- ・色々な方が参加できるように定期的に会が開かれ、顔が分かるようになるというのが理想的だと思った。
- ・各自の困難事例を話し合いたい。（介護支援専門員）
- ・顔の見える連携を進めていきたいです。（保健師）

## 6 グループワーク協議内容

### (1) 1グループ

看護師（病院）

- ・珍しいケースではない。精神科の入院は最後の手立て。
- ・2 回目退院後の緊急入院ができていれば、夜間の緊急ネットワーク体制が確立。家族のフォローを地域でどうしていくか。

看護師（デイケア）

- ・夫婦でいる時間を短く（デイの利用回数を増やす）。否定せず話を聞く事ができない。

精神保健福祉士

- ・すぐの入居難しい、事前の調査等必要。
- ・地域との連携を取りながら、取れないと難しい。
- ・要支援の人の受け入れ施設、収益も関係してくるので課題。

相談員（施設）

- ・退院の際の訪問看護師の導入提案。家族のケアも合わせて負担軽減できたのでは。

介護支援相談員

- ・入所が決まるまで  
要支援1、調査 ADL 自立、家族の人が大変さをどのくらい伝えられるか。  
介護支援専門員が同席して家族の大変さを伝えてあげる。  
施設入所に本人が同意するか、自宅で見える場合、本人にかかわる人を増やす。

医療機関関係者

- ・情報が無いと迷うだろうと思う。

地域包括支援センター

- ①要支援、家族あり 包括支援センターからすると安心できるケース。
- ②本人 ↔ 家族  
↘ 病院  
など直線の関係しかなかったかも交わる関係のサポートができれば。

家族

- ・嫉妬妄想多い。
- ・母の不安、つらさに寄り添える、支える、味方はいたのか。
- ・腰ひも、着物を着る人だった？社交性あった？
- ・そういう母を表に出せないという息子の葛藤もあったのでは
- ・再申請の在り方、出すのはよっぽどのこと現場の大変さを汲みとる。
- ・近所にも知れ渡っていたのでは、防衛に入っていたのかな。助けてあげる。
- ・家族は素人、緊急入院のことなんてわからない、教えてほしい。
  
- ・関係機関をつなぐ役割ができれば、顔が見える関係づくりをしておく。

### (2) 2グループ

(介護支援専門員)

- ・家族が県外にいて帰ってこれない。関係が希薄。
- ・在宅医を導入して看取りをしていたが、家族が県外で自営業のため帰ってこれなかった。

☆毎日来れない家族の対応。

- ・本人が帰りたいと言う人の支援

↳若い時の記憶

#### 介護支援専門員

- ・最終的に分離しかない。
- ・叫ぶ、警察沙汰、暴力→家族が疲弊する→入所
- ・要支援になった場合、その恐れがある場合。  
認定調査時に調査員に本人の状態を細かく訴えれば、要介護になりやすい。(伝え方が重要)

#### 医師

- ・主治医意見書で認知症のことを細かく書けば要介護になったかも。  
どこが出来るか。
- ・息子が一人で頑張っている→いろいろな支援者が助言をすればよい。
- ・介護支援専門員と一緒に動けば、社会資源が広がる。

#### 看護師

- ・精神症状の人の問題。
- ・認定調査時に本人がちゃんとしている事が多い。  
家族に困っていることを書いておいて調査員に渡す。  
調査員が状況を把握できる。
- ・入院中は薬の管理ができていますが、自宅に戻ると管理できなくなる。  
管理方法の見直し

#### 社会福祉士

- ・施設の様子を動画などで撮影して医師に見せることで、医師も把握できる。
- ・「入院中は落ち着いているから帰そう」ではなく、退院させて本当に生活が成り立つのかのカンファレンスの重要性がある。

#### 介護支援専門員

- ・普段介護しているスタッフが医師に説明することが望ましい。

#### 看護師

- ・直接かかわっている介護士に話を聞いたりする。

#### 介護支援専門員

- ・家族はうまく説明できない事があるのでフォローが必要。

#### 歯科衛生士

- ・自宅に帰れなくなった独居高齢者  
↳地域包括支援センターを経由して介入ができた。
- ・気軽に相談できる、声をかけれる事が大事。

#### 薬剤師

- ・鞆の中身がグチャグチャなど本人は「自分はしっかりしていると思っている」人の対応。
- ・納得しない人。

### (3) 3グループ

- ①本人だけではなく家族支援を着眼した支援が必要。

今回のケースでは、介護疲れに陥らないようなサポートが必要。思いつめているのが誰にも伝わっていないため、困っていることを発信できる方法、手立てをみ

- つけてあげる。例えば、家族会の活用など城情報提供が必要になってくる。
- ②本人を興奮させないような環境づくりが必要だが、施設だけだと対応が難しいため、医療との連携は不可欠。
  - ③入所（入院）できるところを一緒に探してあげる。医療機関につなげる。多職種との連携が必要。今回のケースでいえば再入院につなげられるようにする。
  - ④介護保険は本人主体だけでも、家族支援のための制度も今後必要になってくる。

日頃から多職種が、顔の見える横のつながりを持っていく。

#### (4) 4グループ

家族の心の糸が切れてしまった…切れないためには？

- ・家族の心に寄り添う声かけ、味方に、方法は一部。
- ・医療と介護の連携…多職種のまとまり。
- ・支援者同士のつながりを家族に伝える。
- ・デイサービスの中での変化は？気付いていたか？共有できていたか？
- ・息子さんが話せる場所が少ない。
- ・スムーズな情報発信、共有。
- ・歯科でも認知症があれば介護支援専門員、地域包括支援センターに確認。
- ・要支援1では入所できる施設がないと分かった時…
  - ↳病院、介護支援専門員、行政、家族で会議できなかった？
- ・家族が支援を受け入れない時、どうしてる？
  - ↳介護サービスとの兼ね合いを工夫(ホームヘルパー、デイサービス時に服薬)
- ・拒薬がある時？→必須の薬以外は省く、最小限。
- ・認知症の診断はいつ？

#### (5) 5グループ

どうすれば防げたか？

看護師

- ・聞く事しかできない、指示はしない。話をするだけで落ち着く。

介護福祉士（施設）

- ・退院する時に担当者会議、家族の頼り所つくること。

生活相談員

- ・否定せずに話を聞くこと、息子1人がやる事はやはり負担。他の家族の存在。
- ・薬の調整を病院に御願ひしていく。

介護福祉士（病院）

- ・ネットワーク化、担当者会議。
- 行政も含めて、担当した人が1人でするのではなくて、地域の連携モデルを作ることも必要。

保健師

- ・支援者がチームを組む、役割分担。
- ・支援者→地域住民も含めて。

医師会

- ・そもそもの認知症の予防、早期からチームを組むことも検討。



- ・相談しやすい関係を作る。

## (6) 6グループ

### 薬剤師

- ・服が汚れている…認知症かも、家族が来るときは医師等に受診を勧める。  
理解力（一）そのため、家族に説明をする。  
他の薬局とも連携を図る。服薬状況の確認、一包化したり、薬手帳に書き込んで、忘れた時みなせるようにする。

### 介護支援専門員

- ・月に1回訪問、残薬チェック、まとめてもらえる薬は医師に相談する。ホームヘルパーの利用をする。

### 介護士

- ・本人の飲み忘れ（+）デイやホームヘルパーと連携、介護支援専門員を通して家族にも頼む。

### 理学療法士

- ・家族に身体的なフォロー法を伝える。
- ・地域との関り、男性、女性で分ける→嫉妬妄想を防ぐ。
- ・介護支援専門員と連携を図る。1人1人に寄り添う。場合によっては他の職員に代わってもらう。

### 支援相談員

- ・入浴を拒否する方→時間をおいてみる。
- ・他の職員にバトンタッチする。

### 看護師さん

- ・退院後のサービス、外部に頼んだりする。
- ・家族2人が認知症の場合、一緒にみるようにしていたがうまくいかなかったの、それぞれ日を変えることでうまくいったケースがある。

### 精神保健福祉士

- ・早期に病院につなげる。

## (7) 7グループ

- ・専門職だけではなく地域を巻き込んだ家族支援ができないか→地域の見守り
- ・緊急時にどこへ連絡すればよいか、わかりやすい決め事があるとよい。
- ・入院が無理など、自分のところでの（支援）対応ができないときには「うちはダメだけど〇〇に言ってみて」など次の対策の提案が必要。
- ・次の（支援）対応の前に本人、家族の環境を整えることが大切。

（入所施設が決まってから退院）など↓

↳家族の精神的負担軽減のためにも。

- ・認知症という病気の理解（家族も支援者も）
- ・ショートステイの利用（1泊だけでもリフレッシュ）
- ・「施設をさがす」=とは医療機関むずかしい。  
↳事前に少しずつ顔見知りになる=小さいネットワークをつくる。
- ・相談しやすい関係づくり（自分の所はダメでも他の施設の可能性を紹介できる）。
- ・地域での顔の見える関係が大切。

## 竹中・判田圏域地域連携検討会 –パネルディスカッション– (要約)

Q. どうして、ご家族が孤立してしまうのか。

→介護者が一人で抱え込むのではなく、介護者を支援する人が必要。また、家族があまりにも認知症への理解が足りなかった、病識がなかったのではないか。本人やご家族に、認知症を理解してもらおう働きかけが必要。(家族役)

Q. 精神医療がどの時点で介入するべきか。

→認知症の周辺症状が出現した時。その時は、周りの人も困るようになる。この状態になったら精神科が介入した方がいい。(精神科医)

Q. 精神科医として、どのような情報が必要か。

→家族からの情報で、具体的にどのようなことに困っているのかが分かるようなもの。(精神科医)

Q. 相談員として、ご家族以外から、どのようにしたら必要な情報を得ることが出来るのか。

→病状が進んでいることを病院関係者や包括の方が認識しているのであれば、その情報を相談員に提供してもらいたい。そうした情報があれば、相談員からご家族へ「自宅に帰って大丈夫ですか」といった声掛けができる。相談員は、知り得た情報を主治医に伝え、主治医が家族にフィードバックする。その際、相談員は、家族がきちんと医師の説明、病状等理解できているかを確認することが望ましい。(精神科相談員)

Q. ケアプランを立てる上で、家族と利用者との間で、ケアマネジャーが板挟みになることがあるのか。

→家族と利用者の意見が異なることがあるが、どちらかと言うと、家族の意向が強くなるケースが多いように思う。後で本人が本音を吐露することもあるので、別の機会を設けて本人の意向も確認し、確認できた本人の意向を家族に伝えるようにしている。(ケアマネジャー)

Q. 妄想が出現した利用者への対応は？

→かかりつけ医に相談し、専門医を紹介してもらうようにしている。包括支援センターにも相談している。(ケアマネジャー)

Q. 認知症で妄想があるケースが現実にあるが、実際どういう事例が包括にくるのか。

→ケアマネジャーから認知症の方の家族についての相談がある。なんとか入院や介護サービスに繋げることができそうになっても、本人が頑なに拒否することもあり、私達も限界を感じる。施設では精神症状が出ていたら受け入れができないので、どうしても最後の砦は入院だと感じている。精神科に相談しても、一度も受診していないので診ることができないと言われる。初めから自宅に訪問診療ができると理想的。これを機会に制度などの検討をして頂けたらと思う。(地域包括支援センター)

Q. 家族に対する啓蒙活動や、家族が孤立しないように相談することが大切ですが、行政としてどのようなことができるか。

→認知症に対する理解がない家族がいる。そうした家族に対して認知症を早期発見し、できれば早期治療できるようにする必要がある。そのために認知症初期集中支援チームがあるが、行政だけで情報を吸い上げるのには限界がある。認知症の方を早期発見するためにも、市民、民生委員、包括支援センターからの情報をいただきたい。(行政 権利擁護担当班)

Q. 地域活動をしている保健所の保健師としてどのようなことができるか。

→措置入院のケースでは、自傷他害があると警察から保護され、保健所に連絡がきて対応することとなる。今は夜間の対応が出来ていない。今後、秋以降、精神科対応(県病の精神科入院)が可能になる予定であり、それに期待している。(保健所 保健師)

Q. 家族の病識に対する理解が乏しいといった現状があるが、家族の本音を聞きだすにはどのような支援が必要と思うか。

→本来なら、本人や家族が困っているはずなのに、その周りの人が困っていることが優先されてしまって、周りが迷惑とってしまう。そういう社会はどうなのかと思う。(家族役)

Q. 介護保険の変更申請について困っていることは？

→認定調査の際、かかりつけ医は、身体機能が良好であっても認知症がある方については、その旨、正確に主治医意見書に書くことが大切。(かかりつけ医)

→家族は、訪問調査員に認知症の情報を伝える必要があるが、家族がうまく伝えられない場合もあるので、ケアマネジャーが利用者の問題点を客観的に訪問調査員に伝える必要がある。(かかりつけ医)

Q. 介護上の問題点がうまく伝わるようにするためにはどうしたらいいか。

→主治医意見書の中には、周辺症状など具体的に書く欄がある。ご本人には困っている精神症状があるので、その精神症状があることで介護が必要になるということを明確に記載する。介護の手間を書くようになっているので、周辺症状が出現していることから介護が必要になってくるといった点を具体的に記載する。(精神科医)

→入院中には、あまり困っていることが見えてこないケースが多い。家族や包括の方が、認定調査時に同席することで、現状、事実を丁寧に説明する必要がある。(精神科専門医)

→かかりつけ医が主治医意見書を書く際に、包括の方やケアマネジャーから日常生活の報告が来るが、ケアマネジャーによっては、全くその情報が来ない。情報がこないと、それなりの意見になってしまう。主治医意見書を書くときには、担当者は必要な情報をおかかりつけ医に教えてほしい。介護保険の更新時期や、必要時には「こういう所を注意して記載してください」と伝える必要がある。(司会 医師)

→精神症状はわかっても、実際、この方にどれだけの介護が必要か見えてこない。家族が、こういったところを介護しているのかを紙に書いて認定調査員に渡したり、ケアマネジャーが認定調査に立ち会って、今の状態を説明していくことが大事。具体的なエピソードを沢山いただいて、伝えるようにしている。(ケアマネジャー)

Q. 介護度に見合う判定を希望して変更申請をかける時、どのような点に留意しているか。

→介護が困難になったことを受けて介護度の変更申請を行う際には、できるだけ権利擁護担当

班が認定調査に関わるようにして、認定調査員に細かく事実を伝えるようにしている。主治医意見書に反映してもらうためには、権利擁護担当班から、医師に、日常生活は自立しているが認知症や周辺症状が出現しており、このような事が起っているとといった具体的なエピソードを伝えるようにしている。(行政 権利擁護担当班)

#### 特記事項の書き方

➡どんなに必要な情報でも、長い文章は読む気がしない。必要なキーワード『殴る』、『蹴る』、『汚物を床につける』などポイントとなる用語がある。ピンポイントで、きちんと情報を記載する必要がある。(司会 医師)

➡妄想で配偶者の浮気を疑う相談はある。その場合は、何とか専門医に繋がるような支援をするようにしている。かかりつけ医と専門医が繋がれば、専門医から服薬の指示を頂いて、かかりつけ医が出した薬を内服することにより症状が改善するケースもある。

認知症の正しい知識がない場合には、「認知症の人と家族の会」に繋がったりしている。同会の方から相談員さんを推薦していただくこともある。(保健所 保健師)

#### 司会者のまとめ

- ・ケアマネジャーや包括の職員は、本人や家族が困っている情報をかかりつけ医にきちんと具体的に提供すること。
- ・精神科相談員は、医療と介護を繋ぐ大事な専門職。本人や家族も主治医に言えないことを相談員に伝えてもらえればと思う。ケアマネジャーと医療との連携が必要。
- ・包括が孤立しないように、医療・介護の専門職が、お互いに顔の見える関係を作りながら、連携していく必要がある。
- ・行政は、ご家族に介護保険の説明をし、サービスに繋がるように努めていただきたい。