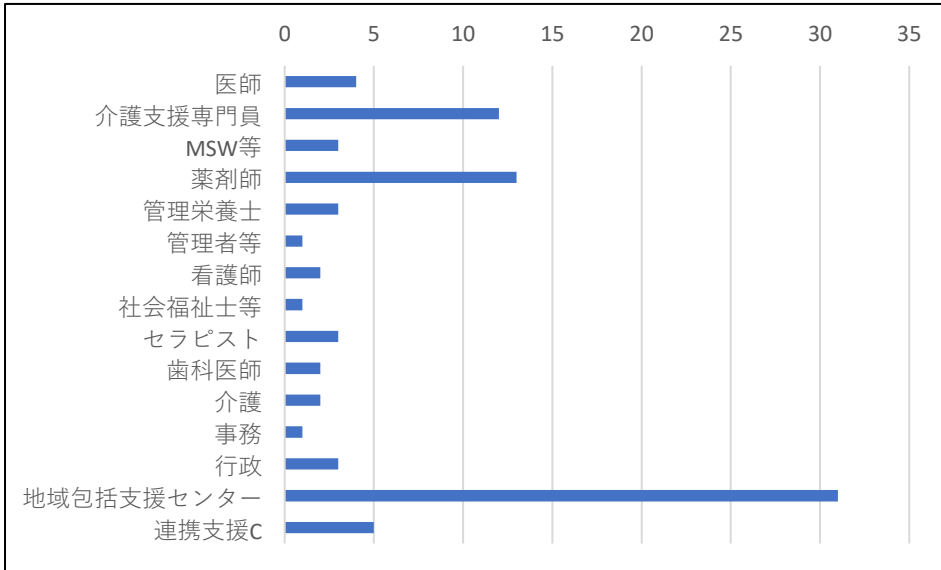


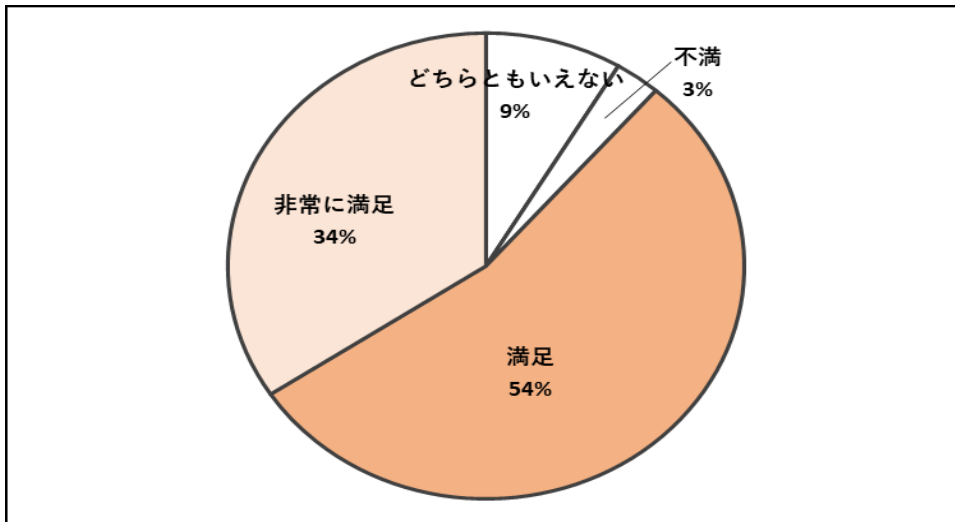
## 令和6年度 医療と介護の連携検討会[大分会場]

- 1 日 時 令和6年7月26日(水) 19:00~20:30
- 2 開催形式 集合開催
- 3 内 容 高齢者の予期せぬ入院~スムーズな連携のためにできること~
- 4 参加者数(86名)の内訳



### 5 アンケート集計

#### 問 1.本日の満足度はいかがでしたか？



#### 非常に満足

- ・いろいろな職種の方の考えを聞いて良かった[薬剤師]
- ・意見交換がとても和やかにできた[薬剤師]
- ・電話でしか話したことのない方と対面で話せた。色々な職種が集まることで色々な意見が聞け、勉強になった。それぞれの立場からの考えは新しい気づきがたくさんあった。[その他]
- ・顔の見える関係ができて良かった。[薬剤師]
- ・グループワークで大変勉強になった。[薬剤師]
- ・普段連携が取りにくい職種の方達とグループワークを行なうことで顔が見える関係作りができる。自分の圏域でも行えると良い。  
[社会福祉士]
- ・様々な意見が聞けた。[その他]
- ・他職種での話がきけて多くの発見があった。[その他]

- ・歯科が多職種連携という点でまだまだ遅れていることを再発見できた。[歯科医師]
- ・医療介護に携わる多職種のグループワークで、多角的な視点から様々な話し合いができた。司会の方の進行もとても良かった。  
[看護師]
- ・多職種のいろんな意見を聞く事ができて、本当に勉強になった。今後活かせる内容だったのでありがたかった。  
[介護支援専門員]

## **満足**

- ・普段なかなか聞くことができない他職種の方々のお話が聞けてとても有意義な時間でした。恐らく今回の議題に関して最も関わりの少ない職種が薬剤師ではないかと思うのでこちらからお話できることが少なくて残念でした。[薬剤師]
- ・在宅と医療の連携において、いざという時に備えておく為に何が出来るかをえるきっかけになった。[管理栄養士]
- ・他職種と話し合う機会になった。[その他]
- ・初歩の活動をきけて自分達の職場では無理なことなので、大変勉強になった。[薬剤師]
- ・それぞれの専門職の立場から困りごとそれぞれあり、それがわかったことで自分たちの今後の支援のあり方について、考えるきっかけになった。[介護支援専門員]
- ・久しぶりに集合研修でのグループワークでした。多職種での集まりも、顔を見ながらいろんな意見を聞いたことも貴重な時間でした。[介護支援専門員]
- ・グループワークの議題が少しわかりにくく、特定の職種しか意見が出せない印象があった。[介護支援専門員]
- ・多職種での話し合いはとても良い。[歯科医師]
- ・しばらく参加していなかったが、直接意見を聞いた。[介護支援専門員]
- ・会場開催で顔のみえる関係づくりで、グループワークができてよかった。[その他]
- ・各職種の異なる視点が飛び交って笑いあり、直接対面での会話が今後の顔の見える関係を構築できたと思う。  
[社会福祉士]
- ・内容は良いものがありましたが、テーマは難しかった。[その他]
- ・今まで以上に顔の見える関係が大切だと思った。[その他]
- ・内容は良いがテーマが大きすぎ難しかった。[その他]
- ・顔をみながらの連携が久しぶりにできて良かった。[その他]
- ・他職種や行政などそれぞれの立場からの意見や考えが聞けて良かった。対面だったので、それぞれの反応が分かり良かった。  
[その他]

## **不満足**

- ・医療機関が薬局だけで、医療側の話を聞きたかった[介護支援専門員]

## **どちらともいえない**

- ・テーマとしていたスムーズな連携のためにできることが、今ひとつ十分に検討できていない様に感じられた。[その他]
- ・グループワークの司会進行役の方が、内容に関して包括、医療職向けの質問という風に捉えてしまったのか、予期せぬ入院というテーマを受けて、これは包括の方、病院連携室向けの内容になるかと思うのでと、断定した言い方をされたので、福祉施設の担当として来た私にとっては違和感を感じた。[介護]
- ・司会が自分の意見を主体で話され、話題がなかなかふくらまない。何をテーマにしているかわからない。[介護支援専門員]

## **項目未選択**

- ・多職種との連携が聞けてよかった。それぞれの立場での悩みや連携の仕事がわかった[その他]

**問 2.今年度は Zoom2 回と 4 会場で開催しました。この開催方法について、ご意見・ご感想をお聞かせください。**

### **[選択肢があつてよい]**

- ・Zoom が多くの会場から選択できて、参加しやすかった。[多数意見]
- ・良かったと思いますが、今日はコロナ患者が多い中の開催でした。少しハラハラでした。[薬剤師]
- ・まだコロナもある。選択できた方がよい。[歯科医師]

- ・時間、会場を選択できるのでとてもよい。[薬剤師]
- ・昨今の研修会やケア会議は Zoom でほぼ参加していたが、今回は Zoom の時間が合わず会場が近かったこともあり、会場参加した。お互いに顔を見ながらいつでも口を出せる状況もなかなかよかった。どちらか選べるのはとてもありがたいと思う。  
[薬剤師]
- ・各自の都合に合わせて参加できる方法は良いと思う。会場ではグループ以外の方との交流もできるのでその点で良いと思う。  
[介護支援専門員]
- ・Zoom の昼夜、会場と自分の都合に合わせて選択できるので良い。Zoom だと他の圏域の方と交流ができて良い。  
[介護支援専門員]
- ・よい試みだった。[その他]
- ・色々な手段を自分で選択して参加できる、というのは時代に合っていると思う。[介護支援専門員]

### **[対面がよい]**

- ・対面の方がスムーズに話が始められた。[作業療法士]
- ・対面が可能であれば対面の方がより効果があると思う。[その他]
- ・会場の開催との事で初めて参加した。Zoom だと孤独感がありどんな研修も参加を見送りがちです。[看護師]
- ・実際に会って顔を見てお話しすることで、関係性を作ることができた。また、小さなグループを作ることで発言がし易くとても良いと思った。[管理栄養士]
- ・会場の方が良いと感じました。直に聞ける事がその場でリアルな状況が分かって良かった。[介護支援専門員]
- ・日頃関りの少ない地域の方と顔を合わせて協議できたのは新鮮でもあり良かった。[薬剤師]
- ・顔のみえた状態で意見交換できるので会場に参加したいと思う。[介護支援専門員]
- ・実際に顔をみて意見交換ができることは良いなと思った。[歯科医師]
- ・Zoom の方が参加しやすい、Dr の参加がしやすい等あると思うが、やはり顔の見えるグループワークが望ましいと思う。限られた時間で情報交換しやすい。[その他]
- ・できるだけ対面が良いと思う。[その他]

### **[グループワークに関すること]**

- ・職種の違う関係作りができ良かった。[介護支援専門員]
- ・実際に住民は医療や介護に対する知識や認識はどのようなものなのか。入退院に対して、どのようなことで困っているかなど、生の声を聴きながら、今回のようなグループワークができると、関連機関と住民との認識の齟齬がなく、より具体的な方法などが検討できるのではないかとと思う。[その他]
- ・Zoom を希望したが参加できず、コロナ後に研修会場へ足を運んだのが初めてだった。Zoom との違いは直接、その場で話ができる、感情が伝わってくる点では会場は臨場感があった。[介護支援専門員]

### **[改善、検討してほしい/その他]**

- ・もっと集約したほうが良かった。[介護支援専門員]
- ・zoom や希望の会場に参加するという方法では、顔の見える関係づくりや圏域の課題を検討することは難しいのではないかと考えた。[その他]
- ・初めて会場参加をさせていただき、残念な参加になったと思った[介護支援専門員]
- ・他職種と話を進めることはとても大切で、自分の仕事のみにもふりまわせることが多く、その中で相談場所があることがありがたいと思った。[薬剤師]
- ・今後も顔の見えるような連携をしていきたいと思う。Zoom でもよい。[その他]
- ・Zoom の方が参加の負担は少ないと思うが、会場の良さも今回実感した。難しい所ですが会場は2会場でも良かったと思う。  
[その他]

### **問 3.今後この検討会で、多職種で検討（意見交換）したいテーマがあれば、教えてください。**

- ・テーマは、多岐に渡るかと思いますが大分独自の形にもっていければと感じる。[薬剤師]

- ・ヤングケアラー、老老介護など家で介護する側に対する接し方などについて知りたい [薬剤師]
- ・連携をより深めるため、医療側と介護現場の双方が互いに求める事。・入退院時の連絡の際に各現場で困っていることや気になっている事。 [その他]
- ・災害時の具体的な対策 [看護師]
- ・退院に向けた内容が良い [介護支援専門員]
- ・専門職以外で、民生委員や自治委員等も参加し課題の共有ができるような研修が良い [社会福祉士]
- ・まだ一回しか参加していないが、内容的に医療に、偏っている雰囲気を感じたので、年間の一度は福祉施設目線の検討会を行ってほしい [介護]
- ・独居、高齢で電話も繋がりにくい、デイサービスに行きたくない方を多方面からケアできるようにしたい [薬剤師]
- ・入院時、ケアマネと MSW は連絡をとる関係性。MSW は患者と医者、病棟とどう連携をしているのか知りたい。逆に CM に対してもそう感じているのではないかと思う。 [介護支援専門員]
- ・各サービス提供事業所や医療機関の疑問。実際のところはどうか等、批判や悪口ではなく日頃聞けないこと等、気軽に話せたりする場があってもよいと思う。 [介護支援専門員]
- ・在宅での看取り対応時の連携について [介護支援専門員]
- ・地域の取り組み 地域包括ケア [介護支援専門員]
- ・検診や治療していない人のサポートの方法や患者との関わりかたを知りたい [歯科医師]
- ・各専門職の「あたりまえ」を共有できると理解が深まると思う [介護支援専門員]
- ・なぜ服薬数がコントロールできないのか？ [その他]
- ・各職種が関われるようなテーマが良い [その他]
- ・退院支援について 在宅生活へのソフトランディング、シームレスな支援 [その他]

## 6 グループワーク協議 グループワークで出た意見（テーマにそった発言を抜粋）

- 1) 高齢者の予期せぬ入院の場面において、どのような連携をしていますか？ 課題とすることはありますか？
- 2) 患者・利用者中心の支援をする上で、スムーズな連携のためにできることは何でしょうか？

### 1 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ① かかりつけ医がいない人、救急搬送された方の情報が分らないで苦労する。  
→ 家族・本人へ担当ケアマネの名前を覚えてもらう。マイナンバーカードを所持していただく。
- ② 精神の人の対応が難しい。  
→ 精神科に受診している方は病院同士で連携する。
- ③ 身寄りのない人が増えていて対応が困難である。  
→ 国が必要な情報を入れる共通のもの（ファイル等）を決めて持っていただく。
- ④ 独居やひとり暮らしの人が多い。⑤ キーパーソンに連絡が取りづらい時がある。  
→ ICT 化して限られた職種の人だけ情報が見れるようにする。ケアマネの情報（アセスメント票）にキーパーソンが分かるようにしておく。相談員へキーパーソンと連絡が取りやすい時間を伝える。

### 2 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ① [医療側] 二次救急指定病院ではないので救急搬送や身元不明者はなし。予定入院時にケアマネの名前はわかるが、居宅介護支援事業所が分からないことがある。関係者の名前だけ憶えていて何者が分からないことがある。  
→ お薬手帳や保険証とともに担当ケアマネの名刺を保管してくれていると助かる。担当ケアマネと一緒に保管するよう本人・家族へ依頼する。入院が前もって分かっていたら情報整理・準備することができる。
- ② [介護側] 病院から連絡が入らないことが多い（入院の連絡のみで、転院や退院したことを知らなかったことは多々ある）  
病院によっては転床・転科するたびに担当 MSW が変わり連携が途切れる（大きな総合病院ほどその傾向があるように

感じる。医療側と介護側でほしい情報に若干の食い違いがある。

→統一した様式の連携シートの活用。口頭、電話だけで済ますのではなく、紙やデータで残す。こまめに連絡を取り合う、普段から関係性ができていればスムーズになる。

③個人の能力、経験値、コミュニケーション力が連携に大きく影響を与える。

→顔の見える関係づくりの強化。今回のような検討会はとても良い機会。医療（医師・看護師など）と介護（生活）をつないでくれる人の存在の大きさ。

④患者や利用者は医師には聞きづらい、意見しづらい。

→普段密に関わることの多いケアマネや薬剤師、デイ職員が代弁、仲介することはできる。

⑤異なる専門職が集まればそれぞれの立場からいろんな意見や見方が出るのは当然。

→お互いに尊重し合い、気づきをもって患者・利用者の利益を最大にできるように協働していく。得意分野が違うからこそメリットがあり、よりよい連携ができる。

### 3 グループ

[現状・課題→解決策等]

①病院によって連絡がスムーズなところと、そうでないところがある。突然退院することがある。本人の意向で退院することがあり、在宅のサービスが整わず退院になり困る。

→包括に情報を聞く（包括は分る範囲で答える）何もサービス利用のない方などは、民生委員からの情報が多いのでアプローチしてみる。本人からデイなどの情報を収集してケアマネが誰なのかを確認する。

③電話だと情報が早急に伝わらない、不在のことが多い。うすき石仏ネットや別府のネットワークなどのようなものがあると良いが大分市は導入が遅れてる。

→リアルタイムではないが、マイナンバーカードの活用、医療情報の同意について啓発が必要。お薬手帳の有効活用（必ず持っている）、幅広く活用できる手帳に変更できると良い。（たくさんあっても、どれを活用すれば良いのか分からない）ラインやメールをもっと活用できると良い（リアルタイムで連携）

### 4 グループ

[現状・課題→解決策等]

①現状、入院に関わることはあまりない。家族や病院から入院報告の連絡あり、それから情報を渡す。薬局に入院の連絡もないことが多い。久しぶりに来た際に今までの処方箋と大きく変わっていることに気づき、入院していたことを知ることが多い。認知症のBPSDがひどくて緊急で入院することはあるが、それも減多にない。

②急性期の場合、ACPを行うにしてもとにかく時間が限られるため、この日までに方針を決めてくださいと迫ることが多い。

→ACPが大事。多職種で話し合っ、家族にも説明しながら治療方針を決めていく。マイナンバーカードに介護情報等いろいろ連結させていく予定。マイナンバーカードを普及させれば、スムーズな連携を行えるようになっていくと思う。

### 5 グループ

[現状・課題→解決策等]

①入院前の食事形態や嚥下状態、アレルギー等が全く分からないことが多い。MSWから情報が入ってくるか、分からなければ本人の様子を見て確認をしないといけないこともある。食事に関する情報に関しては手薄になっている。

→食事形態は家族から話を聞いて対応している。

②飲まれていた薬の残薬を整理するのに時間を要する。CMから入院されたことの連絡があると助かる。

→入院された際にはその方が飲んでる薬、どのように飲んでるのか（一包化なのかヒートなのか等）をすぐに確認している。お薬手帳に細かくアレルギーの情報なども記載できると良い。

③顔の見えない医師との関係作りが課題。介護との連携を周知いただけていない病院もある。

→書類は状態が安定している時はチェックボックスでチェックを付けるだけにしたら良いと考えている。

(医師)連携の書類をケアマネからいただくが、FAXのやり取りだけでなく、できるだけ直接ケアマネと会って面識を持つことが大事だと思う。医師としてはケアマネ視点の意見を聞かせて欲しい。連携シート・照会文等、ケアマネが今後どう支援の方向性

を考えているのか（ケアプランの短期目標など）書いて送って欲しい。

④入院された連絡が入ってない。

→契約時に入院の際には担当ケアマネの名前を出してもらうように伝えている。患者情報のトップページに介護情報（介護度や担当ケアマネ情報）も一目見てすぐ分かるよう病院内で工夫して管理している。

⑤包括と関りがない方や独居、家族が疎遠、家族が遠方などの方の関りが困難。

→民生委員との連携・情報交換も必要。独居者であれば一人暮らし名簿で把握ができる。

お薬手帳に細かくアレルギーの情報なども記載できると良い。もしもカードと一緒に持ち歩いていただく。関わりのない方にはフレイル予防訪問などで包括の存在を周知していただけるとよい。

⑥キーパーソンを決めることが専門職の安心になってしまっている。本人・家族が安心できることが大事。キーパーソンは1人に絞らず、複数人いても良い。

→大きい転機の時がチャンスの時と捉えて、直接会えない場合はリモートなどでも話し合う場を設ける必要がある。チームを強くする場にもなる。話の中心を関係者のみで決めるのではなく、本人を中心にしないといけない。本人がどうしたいかを確認しながら、本人に決めてもらう必要がある。

⑦連携することで大変病院としても助かっている。連携に困ることはない。

## 6 グループ

[現状・課題→解決策等]

①正しい情報が分からない。②服薬状況は本人・家族を信じるしかない。③統一したシステムが運用できない。

## 7 グループ

[現状・課題→解決策等]

①かかりつけ医以外の医療機関に入院していたことを、後から知ることがある。病院やケアマネから入院したことをかかりつけ医に連絡してほしい。ケアマネからの連携シートで他院に入院していたことを知ることがある。

→利用者が入院した等イベントがあった時に、かかりつけ医に情報が回っていないケースもあるので、必ず連絡する。

②利用者が歯科だけ別と思っていることがあり、連携がとりにくい面がある。栄養、口腔の支援をするにあたり、かかりつけ歯科がないケースがある。

→歯科無料検診をケアマネからの依頼で行う。悪くない人も含め悪くなる前から先手を打って医療と介護で協力して動く。歯科医院受診時に把握できていない既往歴があることもあるので必ず主治医に連絡をとる。

③MCSを入力する時間がない、電話の方が早い。アナログな方が早い面もある。

→情報共有ツールをメンバーで共有連携する。MCSの利用臼杵市は情報共有システムが一本化されている。大分市も情報共有システムを導入すると良い。マイナンバーカードのように、その中に介護保険証や薬情報等協力できるといい。もしもカードの活用。

④要支援から要介護になるとケアマネが変わるが、利用者本人が理解していないことがある。

⑤病院、利用者、家族との思いのズレ。退院前にすり合わせが少しでもできるようになると良い。

→なるべく早期に退院支援を行う。入院前の生活動作、生活状況、環境を含めて食事内容等、詳細に分かると目標設定しやすい。入院早期に情報があると良い。早期介入、早期連携をとる。

かかりつけ薬剤師が在宅に介入できると良いが、個人宅へ直接行くのがハードルが高い。ケアマネとの連携も大切。

## 8 グループ

[現状・課題→解決策等]

①いつも通院しているのに急に来なくなったことで、すぐ別の医療機関に繋げた。②入院の際に、どこの誰が関わっているのか情報が入る時は良いが、入らない時が難しい。③何もサービスを使ってない独り暮らしの方をどのように発見するか、話し合っておくことが大切。④本人が望まないとうまく介入できない。キーパーソンが拒否されることもある。悪くなる前にもしもカード等事前に決めておく。

→地域、家族に情報発信をし、知ってもらうことが大切。こういう会に地域を巻き込む。民生委員や銀行も見守りをして早

期に発見できる体制作りが必要。地域に根付くこと。悪くなる前から関わらないと連携がとれない。患者・家族みんなを巻き込んで普及啓発したり、一般の方を巻き込んで話し合いの場に参加してもらう。

⑤ネットワークを構築、専門職同士顔の見える関係作り。⑥介護保険未申請の方は医師の判断で包括やケアマネが介入していく。

→今は発信する力が大事、ネットワークをしっかりと活用する。10月から救急車を呼ぶ前段階で相談できるようなシステムが開始される。新しいアプリ（情報ツール）の開発が必要。

## 9 グループ

[現状・課題→解決策等]

①入退院時の連絡がケアマネからなく、施設からの連絡が多い、退院時の処方が届いて初めて退院したことを知ることも多い。

②いつ退院か分からないので、処方がいつ、量はどれぐらい必要なのかわからず準備できずに困る。担当者会議で何度も伝えたが改善しない。コロナ禍前は居室で本人の様子を把握することができたが、コロナ禍以降現在も本人との面会は難しい状況。薬の服用後の状態などが施設スタッフから話を聞いて把握することしかできない。ケアマネへの報告書に情報を記載したいが、面会できないので書けない。

→これまで薬局には連絡をしていなかったもので、薬剤師の状況を聞き、今後は意識していきたい。

本人や家族がケアマネ、支援に入っているヘルパー、デイ職員と区別がついていない事があり、入退院時はまずはケアマネに連絡を入れてもらうよう今後も引き続き周知していく。

マイナ保険証であれば処方された薬情報も載っており、見ればわかる。他の医療機関を受診したとしても重複して薬が処方されることは避けられる。お薬手帳もあるが、それよりもマイナ保険証のほうが情報把握はしやすい。

③入院時は「入院時情報連携加算」がある。入院当日、翌日以内にできるだけ情報を送るようにしている。

④病院側と介護側で欲しい情報が違うことが多々ある。退院時に介護側が欲しい情報をケアマネから病院側へ伝え、情報をもらうようにしている。

⑤病院から入院時に包括に情報要求されることがあるが、圏域内全ての高齢者を把握しているわけではないので、情報がないこともある。把握できている限りの少ない情報だけで情報を送ることもある。

⑥市役所に「ケアマネって何をする人なの？」といった問い合わせの電話がよくかかり、ケアマネの業務内容を理解していない方が多いように感じる。

→介護保険証等と一緒にケアマネの名刺を入れておいてもらっている。家族→ケアマネ→事業所の流れを作る。

⑦医療⇔介護の情報シートがあると良いのではないかと課内で話が挙がった。

→臼杵市は「うすき石仏ねっと」というものがある。石仏カードに受診情報、レントゲン等の情報が集約されている。

大分市も「おおいた医療ネットワーク」がスタートした。情報開示する医療機関も患者が選択出来るようになっているので、全てが医療側に見られるわけではない。今後、情報提供など周知を行っていく。

## 10 グループ

[現状・課題→解決策等]

①入院した際に住んでいる地域が分れば包括に連絡が来るが、関係機関への情報提供をどこまでしていいのか？（契約時に個人情報同意書を得ているのであれば問題ない。）

②入院連絡は利用者家族からの電話や連携室からの連絡で知る。個人情報同意書を得ているので基本情報を伝えていく。

③80代の外来リハの患者で、介護保険の認定を受けていない方もいる。介護保険認定のない方は、情報をつないで家族や介護支援専門員までたどり着くのは難しいのではないかと。

→マイナンバーカードを使うようにできれば、かかっている病院も確認できる。マイナンバーカードの普及。機械はあるがマイナンバーカード持参率7%。保険証との紐づけはまだまだ少ない。

エンディングノートの活用（ネーミングがよくないので、良いコピーにしたほうが良い）全てを決める必要はない、記入があると

家族が助かる。記入されていると本人が情報や考えを整理でき、意識づけにもつながる。情報については身に付けるものと、それ以外のものがある。民生委員との連携。民生委員が75歳以上の一人暮らし高齢者を月に1回訪問し見守っているため、民生委員からの情報で介護保険につなげることができる。しかし、入院時に民生委員に情報が入ってこない、包括・介護支援専門員と民生委員が入院等の情報共有、連携することも必要。

④緊急入院した方についての問い合わせはある。入院時に薬情報は入院先の病院が門前薬局に連絡し、門前薬局から連絡がくる。FAXで薬の情報を送っている。入院中に薬が変わっていても、そのことが分からずに退院後は入院前の薬に戻っている。

## **11 グループ**

[現状・課題→解決策等]

①医療職以外が医師に連絡をするのは、まだハードルが高い。②薬局には情報が来ない、収集が難しい。薬剤師に情報収集をする仕組みがない。情報収集するかどうかは個人の判断。

→ICT等システムティックなものを作る。

③入院期間短縮の努力をし、何とか家に帰そうとする医療機関。だが、受け入れ側である在宅支援者側は、自宅は無理ではないかと思い、方向や思いが別を向いている。

→事前にしっかりと本人、家族の意向をおさえておく努力をする。短期間で動けるよう密な連絡調整。

## **12 グループ**

[現状・課題→解決策等]

①介護支援専門員の名前を覚えていない。②独居の方からの情報収集が難しい。

→プライバシー的にはアウトでも本人の同意を得て、携帯や郵便物から情報を得る。

③利用者のキーパーソンも高齢のため、聞いても欲しい情報が取れない。

→お薬手帳の活用。病院としてもお薬手帳の情報があるのは一番有り難い。手帳をこまめに確認し控える。お薬手帳に名刺をこっそり入れる。(お薬手帳が電子手帳の人も増え、情報が手に入れられない場合あり。)

④家族関係等どこまで踏み込んでいいのか判断に困る。⑤最初のうちに情報を聞けず、後々聞きづらくなる。

→家族に担当者会議に参加してもらおう。初期加入時に聞ける情報は聞く。手がかりを見つけて探り探り関わる。

----- 以上。 ご参加いただきました皆様、貴重なご意見をありがとうございました。-----