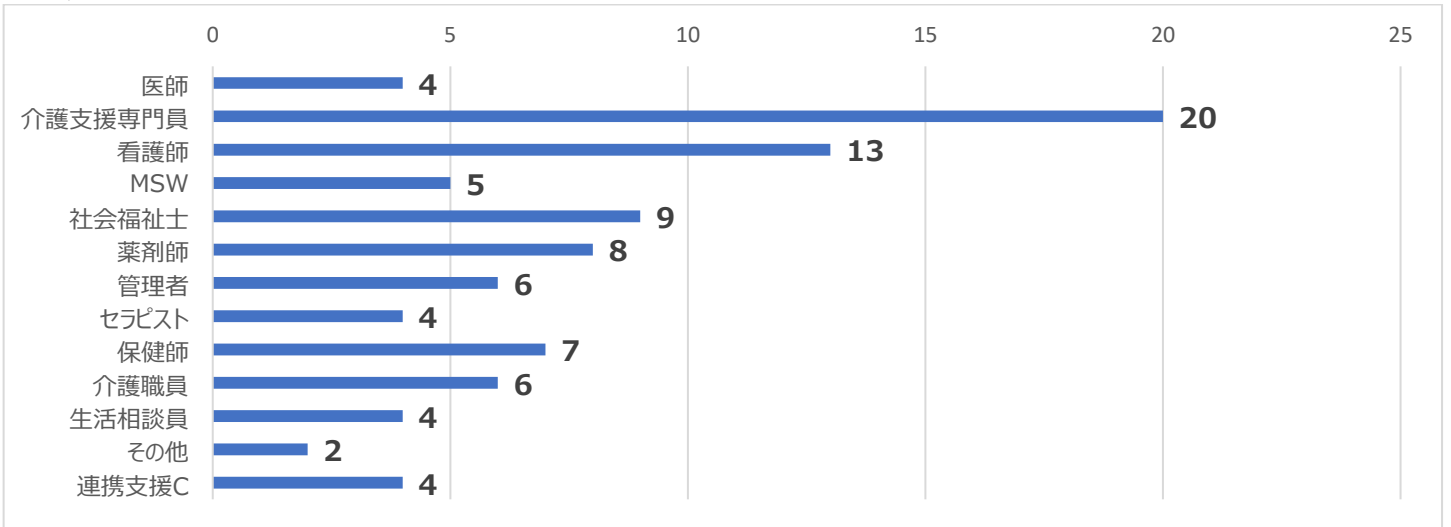


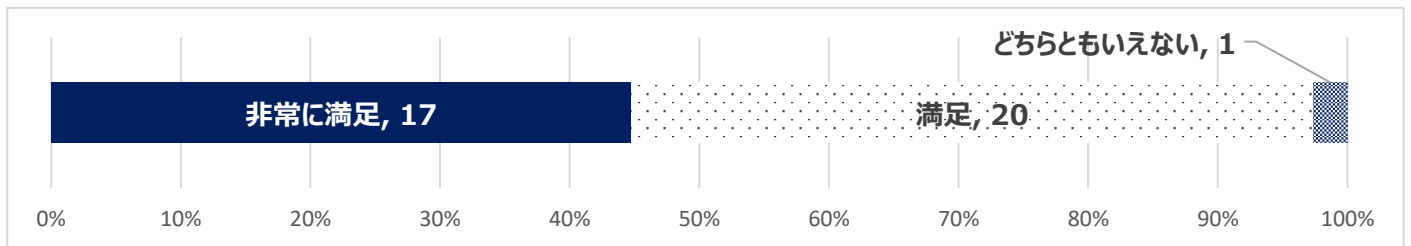
令和6年度 医療と介護の連携検討会[明野会場]

- 1 日時 令和6年7月26日(水) 18:20~19:50
- 2 開催形式 Zoom ミーティング
- 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(92名)の内訳



5 アンケート集計 (n=38)

問 1.本日の満足度はいかがでしたか？



非常に満足

- ・顔の見える会だった。[医師]
- ・様々な内容を学ぶ機会となった。情報共有についてどう対応していくか、お互い患者さんが困らないようにしていく工夫が必要 [看護師]
- ・多くの職種の意見を聞いて、大変勉強になった。在宅サービス入院、地域包括ケア病棟も初めて知った。スムーズな連携作業の更新作業の必要性をつくづく感じました。[介護福祉士]
- ・多職種との連携が必要と感じた。病院薬剤師ではあまり関わることができない部分の意見が多く聞いてよかった。[薬剤師]
- ・いろんな職種の意見や現状を聞くことができてよかった。[CM]
- ・他職種の方と話しができ、今後の施設運営に大変参考になった。[施設長]
- ・楽しいワークショップでした。他職種の方とお話できて、誰が何の情報が必要としているのか、少しわかりました。1人の人を支えていくのは、チームプレイなんだと感じました。[薬剤師]
- ・いろいろな職種の方の意見が聞いて、勉強になりました。[訪問介護]
- ・日頃お話できない介護の現場の方や病院の方とお話合いができ、いろいろ現場の声がお聴きでき、大変良かった。[薬剤師]
- ・連携方法、情報交換が行えてよかったです。[CM]
- ・病院側、SW側など、他職種の方の欲しい情報が知れたので、今後の情報共有に活かしたいと思います。[管理者]
- ・意見交換がとても楽しかった。[管理者]
- ・それぞれの職場、立場、役割の視点の話が聞いてよかった。その中で今後、自分として力を入れていきたいこと、名刺を手元に置いていただくことや担当者会議、特に初回は家族にも同席いただくことを課題として努めていきたいと考えた。[看護師]
- ・いろいろな職種の方が入院時に本当に欲しい情報、困っていることの声が聞いて、今後の展開につながったなあ・・・と思った。[管理者]
- ・久しぶりに直接やりとりをする場になり、知らない事業所の方と知り合えたのでよかった。[CM]
- ・他職種の方、それぞれの立場からの意見を聞くことで、自身の支援のふりかえりのきっかけとなったため。[CM]
- ・いろんな職種の方とお話できて、知らないこともあったので、有意義な時間でした。[薬剤師]

満足

- ・Webの時とはまた違った議論ができました。[MSW]
- ・顔の見える連携ができたと思う。多職種の想いが知れてよかった。[看護師]
- ・他職種の方とグループワークする時間があり、施設職員として何をしなければいけないか理解できました。[相談員]
- ・病院内で勤務をしていると、在宅で支援している職種の方と直接話す機会がないために、今回の研修は在宅での事情を聴くことができ、よかったです。[看護師]
- ・リアルで会えた[訪問介護]
- ・薬の飲み方についての疑問が解決した。[CM]
- ・スムーズな連携をするためにはキーパーソン更新を行うことの重要等を多職種で話合うことができよかった。進捗がよかったと思う。[CM]
- ・それぞれの職種からの意見が聞くことができた。情報共有の大切さを改めて感じた。[看護師]
- ・他の職種の方の現状など話が聞けたこと。全体だけでなく、地域ごとの開催して欲しい。[薬剤師]
- ・多職種の色々な話を聞くことができ、有用だった。今後報酬について知ることができ、今度からケアシートが送られてきたら、必ずフィードバックしようと思った。[その他]
- ・薬局薬剤師は高齢者の急な入院時に関わることがほぼなく、今回いろんな事例を聞く中で、薬剤師としてどの様に関わっていけるのか、考えさせられました。最近の高齢者の傾向、問題点など、大変勉強になりました。[薬剤師]
- ・今回テーマがレジュメをいただいてからになったので、あまり良い発言ができず悔やまれます。在宅というより、居宅で施設にお届けする方ばかりなので、ケアマネさんのご苦労がよくわかりました。多職種の方々のいろんな考えや想いがわかりました。今後もこのような機会があれば、ぜひ参加したいと思います。今回、テーマが統一されていたのもよかったと思います。[薬剤師]
- ・解決の糸口とまではいきませんが、たくさんの方と話をすることができ、とても意義のある時間でした。[看護師]
- ・在宅で様々な多職種に関わらせていただいておりますが、表面では見えていなかった問題点や疑問点が見えてよかったと思います。家族関係がうまくいってない家庭が独居の場合の救急対応の差異の情報共有等、様々な部署での対応を知ることができよかった。[ST]
- ・急な入院の場合、情報不足やわからないことも多い。そのためにもその人が関わっている医療や介護職との連携が必要となる。いつ、どの時点でどの職種がキーパーソン等に連絡するのかなど、議論できた。[CM]
- ・他職種とともに、課題について検討が行えた。[PT]
- ・多職種と話せる機会が貴重でした。[CM]
- ・他職種のグループ分けがされており、日頃聞くことができないいろいろな立場からの意見を聞くことができました。特に薬局の方のお話や病院での病識の理解への説明の仕方など、参考になりました。[施設職員]
- ・普段関わりが少ない、薬剤師さんからの話が聞けた。[保健師]
- ・他職種の方との意見交換や、それぞれの立場での問題等が聞けて、とても参考になりました。[生活相談員]

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。

[会場がよい]

- ・会場のグループワークがよかった。[看護師]
- ・直接顔を合わせて話ができ、よかった、[施設長]
- ・Zoom は経験していませんが、今回会場でお顔を見て、皆さんの雰囲気を感じながらのお話合いがとれたのはよかったです。[薬剤師]
- ・直接、お話ができてよかった。[管理者]
- ・会場の開催が顔を見て話ができるのでいいと思う。[管理者]
- ・アクロスでの開催は大変よいと思う。いろんな職種の人と知り合い、顔を合わせる開催はよいと思う。[CM]
- ・うちの法人は今回ほとんどが Zoom 参加でしたが、私は会場参加が有意義だったと思います。この議題なら訪看さんの参加が多ければもっとよりよい議論ができたのでは・・・とも感じました。[管理者]
- ・会場となると日程調整が困難なこともありますが、実際に顔を見てグループワークできるのは大切だと思いました。[看護師]
- ・身近な場所での開催ということもあり、参加しやすかったです。。ぜひ継続開催をよろしく願います。[ST]
- ・顔の見える会場開催は、今後も継続していただきたい。[CM]

[選択肢があつてよい]

- ・選択肢があつてよいと思う。[CM]
- ・会場を選ぶことができ、自宅に近いところを選べました。[相談員]
- ・会場は顔を合わせて話し合うのはよかったと思うが、Zoom では会場までの移動がないので、仕事終わりでも参加しやすい。[看護師]

- ・仕事の都合上行けないこともありますので、Zoom もあるのはよいと思う。[薬剤師]
- ・対面で参加し、やはり顔を見て話をしたほうが話も弾みます。時間的余裕のない方のため、Zoom も必要だと思う。[薬剤師]
- ・今までは Zoom でしか参加したことがなかったが、職場のすぐ近くで開催されたので会場参加した。やはり直接会って話すほうが交流もできるし、楽しかったです。今回のような、両方の開催が選べるので良いと思います。[薬剤師]
- ・それぞれ参加しやすい場所やツールにて参加できたので、良いのではないか。[PT]
- ・選べるのがよかったですと思います。[CM]
- ・どのグループも薬の話が出ていて、また他職種でもお薬で悩まれているかが多かった。薬関連で何かお願いしたい。[保健師]
- ・選べるのは、それぞれの状況に合わせられるのでよかったですと思いました。[生活相談員]

[グループワークに関すること]

- ・講演会形式ではなく、ディスカッション形式であることは、互いに発言機会があり、有意義であったと思います。[薬剤師]

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。

- ・今後も連携について深めていきたい。[看護師]
- ・退院時の連携について [CM]
- ・独居の人、介護を必要としている人、キーパーソンがいない人をどうやって行政につないでいくのか etc・・・[薬剤師]
- ・ACP、エンディングノートの活用について[看護師]
- ・カスハラ、IT 化[訪問介護]
- ・かかりつけ医のもち方について[CM]
- ・在宅医療のとりいれ方。在宅への訪問診療のすすめ方。[CM]
- ・カスハラ対応[看護師]
- ・薬剤師に望むこと[薬剤師]
- ・今回のテーマにも似ていますが、1 人暮らし高齢者が病院に行くことができなくなった時に、薬局としてどのようなアドバイスや手続きをしたらよいか困ってしまいます。あと薬局に期待することなども聞いてみたいです。[薬剤師]
- ・それぞれの立場において、相手に求めることを知りたい。[看護師]
- ・病院、在宅サービス間での情報共有の仕方。何のツールを用いているか。[ST]
- ・各事業所で欲しい加算の件。退院時の連携、新規利用者の関わり方のタイミングについて。[CM]
- ・ICT をテーマにしてほしい。敬和会の「つなぐら」が興味深いです。[CM]
- ・医療と介護が関わる貴重な機会をありがとうございます。今回のテーマと重複しますが、キーパーソン不在の方のケア。テーマとして適切かわかりませんが、金銭的に支払いが滞るケース。身元引受人がいないケースなど。[施設職員]
- ・残薬 [薬剤師]

6 グループワーク協議

- 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？
- 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 キーパーソンを探す、キーパーソンに現状を理解してもらうのが難しい。どうやって今の状態を理解してもらうか。
→ サービス介入しているところは事業所が把握しているが、自宅のわかりやすいところに連絡先を掲示する。
- ② 薬局、ケアマネ、MSW など、日頃から気にかけてくれる人を増やす。
→ 受診時などから家族に関わってもらうようにする。
- ③ もしもカードを作成、普及
→ 保管場所や更新が問題

2 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ① 連携ルールは浸透している。
- ② 家族の現状理解や病識がないので、家族を巻き込んで理解を得るのが難しい。
→ 家族に理解してもらえるように、入院前の生活、現状を伝える。伝えるのは関わっている地域の方やケアマネ等。

③遠方の家族が過度な要求をする。

3 グループ

[現状・課題→解決策等]

①身内探し、関わっている人を探す、キーパーソンを探す、在宅での情報を得るのが難しい。

②高齢者がケアマネを覚えているといいが、それでない場合もある。

③家族に迷惑をかけたくないと気にして、自身が判断できる間は家族とやりとりがない。

→途中から関係を構築するのは難しいので、担当者会議などに家族も参加してもらったり、状況だけでも伝えるようにする。

→家族と初回から接点を持ち、「自立支援」を理解してもらう。

4 グループ

[現状・課題→解決策等]

①道端で倒れていた高齢者等が救急搬送されることがあるが、手荷物から本人の名前はわかっていてもキーパーソン等の必要な情報がわからないことが多く、困っている。

→高齢者の場合、キーパーソンの情報等を圏域の包括に問い合わせることが多い。

→本人がわからない場合は携帯電話の中を見せてもらうことがある。

→認知症の方が救急搬送された際に、首からキーパーソンを記載した名札のようなものをかけており、把握に役立った。

②高齢者夫婦世帯で予期せぬ入院が発生した際に、残された方が1人暮らしとなり生活するのが困ることがある。

→「在宅サポート入院」というものがあり活用している。

③ICTの活用がいまいち進んでいない。

→ICTをもっと活用し、連携を図りやすくできないか？

④病院がケアマネまで把握できれば必要な情報の共有を行っている。一方で共有された情報が古い場合がある。

→いざという時にスムーズな連携を図るため、「緊急連絡先、キーパーソン」を更新しておくことが重要。

→自宅に緊急時の連絡票のようなもの推奨する。

→ACPを少しでもすすめられれば、連携がスムーズになるのではないかな？

5 グループ

[現状・課題→解決策等]

①入院時の情報提供をケアマネはスピーディに行っているが、病院からフィードバックがなく算定できないことがある。

→介護報酬についての算定方法を期間も含めフロー図に示して周知する。

②薬局に入院の情報が伝えられないことが多く、居宅療養管理指導を算定している場合に困る。

③救急搬送時にケアマネに同乗を求められることがある。帰りの交通手段がなく困る。

④入院受入れ病院として、ケアマネがわからずに困る。

⑤キーパーソンが変化したり、概念が異なる。入院時は、キーパーソンが緊急連絡先ではなく治療を相談し、一緒に決定してくれる人。

→キーパーソンの概念を明確にし、介護と医療で統一、または共有しておく。

7 グループ

[現状・課題→解決策等]

①入院時にケアマネの名前を聞くと、デイの職員の名前が出るが多い。

②コロナの影響で、利用者顔と顔を合わすことができない時間が長く、顔や名前の不一致がある。

③転院があると情報が不明瞭になりやすい。

→誰が誰に連絡をするのかという決まり事ができる仕組みがあるといい。

顔を合わせる時間を増やす。日頃からの報連相。

④いつ連絡していいのか、特に医師に対しては遠慮してしまう。

→お互いに話をしやすい状況の確保

⑤キーパーソンに連絡がつかないことがある。

→連絡先は2か所以上を必ず押さえる。

8 グループ

[現状・課題→解決策等]

①急性期病院だと入院時に退院支援も入らないと、入院期間も短いので後のフォローが難しい、大変。

退院支援が入っても患者本人や家族は、状態が悪くなってしまってからでないと今後どうしたいか考えられない人が多く、難しい。

②ケアマネが欲しい情報、病院側が欲しい情報が不足している場合がある。

→ケアマネと医療施設側の密な連携。退院サマリーだけでなく、状態変化等に応じて電話でのやりとりも当たり前に行えるようにする。

③療養受入病院でも、本院の状態と意向が家族の希望と不一致することがあり、退院までのゴール設定が難しい。

④キーパーソンでない人がいきなり出てきて、今まで決めたことが振り出しに戻ってしまうことがある。

⑤ケアマネジャーに入院の連絡がないことがある。

→ケアマネジャーの名刺を介護保険証、負担割合証と一緒に保管してもらい、病院側に提示することを本人と家族に徹底する。

⑥遠方に住む家族が忙しいからと本人に関わろうとしないことがある。関わりはじめに万が一の際に誰に連絡をとりたいか等まとめておく。

→独居の人の病歴、家族構成（キーパーソン）、かかりつけ医など ADL も一覧できる情報シートを自宅の決まったところに保管してもらい、万が一の救急搬送時にすぐ情報がわかるような情報シートを大分市で統一できるようにする。

→医療施設側とケアマネが知っておきたい、これだけは押さえてほしい基本情報のシートのマニュアル化。

9 グループ

[現状・課題→解決策等]

①病院では SW が情報収集（介護保険申請の有無、キーパーソンなど）をしている。

→包括に連絡をしてもらえれば、情報を渡せる。個人手帳にケアマネの名前等も記入してほしい。

②かかりつけ医は入院医療機関に FAX で情報提供している。

③訪問看護からの情報等、早い時間で共有できる。

→ハートノート、糖尿病ノートを持参している人は少ない。そうしたものが小さなカードとなりお財布にいれられるとよい。

④キーパーソンがいても、本人が連絡しないでほしいと言うことがある。

→民生委員や地域の人が情報をもっており、他の家族に連絡をとることがあった。

⑤入院時にスマホのアプリで個人の情報が得られるが、パスワードがわからない。

→携帯できる「もしもカード」のようなものができればありがたい。

10 グループ

[現状・課題→解決策等]

①連携室がない医療機関は連携がとりづらい。聞きたいことが聞けず、無理なことを言うてくる。

②施設としては手元にある情報は日頃から準備している。渡した情報が病棟にあがっていないことがある。

→入院中の様子を見せてもらう。週 1 回は病院で電話を行い、その情報をケアマネに伝え、共有している。

③通所時に本人から入院していたと聞くことがある。

→病院から情報がくることあるの、でケアマネに連絡している。

④キーパーソンが遠方だと入院手続きがすぐにできず、急変時に困る。

→入院の節目に共有する機会を持つようにしている。

→通所事業所もかかりつけ医を把握しておく。

→日頃から顔の見える関係をつくっておく、ちょっとしたことでも感謝の一言を伝える。

11 グループ

[現状・課題→解決策等]

①キーパーソンを探すのが難しい。

→マイナンバーカードやエンディングノートの普及と活用

②介護と医療のキーパーソンが違う。家族間の意見が違う。

→ACP など、本人の意思を確認しておく。

③キーパーソン不在の人の意思決定が困難。

④誰がキーパーソンで、どう治療方針を決めるのか？

→日頃からの関係づくり。病院関係者より信頼関係ができているケアマネジャーに間に入ってもらう。

→もしもカードの普及

→元気なうちにどうしたいか決めておく。啓発活動。

12 グループ

[現状・課題→解決策等]

①入院時に情報を病院にすぐに渡しているが、返答のある病院とない病院がある。病院での様子やリハビリの内容など情報をもらいたい。

②ケアマネが病院に電話していいのかわからない。カンファレンスや家屋調査にも呼んでくれない。

- ③連携してくれる病院と連携してくれない病院がある。
→ケアマネの名前を本人に伝え、名刺を財布の中に入れてもらっている。
もしもカードの活用。マイナンバーカード活用。
- ④大分市のエンディングノートの活用ができていない。
- ⑤セミナーなどは興味のある人しかこない。興味のない人にどのように普及啓発するのか？
→人生会議を普及啓発する人の養成講座を開催予定で地道に普及啓発していく。
- ⑥若い人に伝えることで、親世代に広がるといい。
→病院から事前にケアマネにどんな情報が欲しいか伝えておく。

13 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①入院先から「情報を下さい」と言われる。
- ②本人の意向で手術を拒否され、予後が悪く困ることもある。
- ③ケアマネジャーの業務量が多く、入院先やサービス事業所に正確な情報が伝えられない。薬剤師まで入院したことが伝わらない。
→サービス事業所側がケアマネに情報を聞きにくい姿勢が必要。
- ④家族と急に連絡がとれず、方針に困る。
→入院された方の情報や詳細を知っている人が複数いると助かる。
- ⑤身よりのない方の対応に困る。
→後見人制度やあんしんアポートを利用する。
→緊急時に必要なものをまとめたバック等があると便利。
- ⑥医師の説明を家族が聞かなくてケアマネに伝わらない。
→IC の時からケアマネが同席したほうがよい。
- ⑦施設での生活を病院が知ろうとしない。
→入院施設と入所施設や介護サービス担当者間の IADL まで含めた情報を共有したい。
- ⑧入院が長期化した際にケアマネジャーに今後の意向を聞かれても困る。
→患者・利用者自身に緊急時に備えるように呼びかける。
→急性期病院と在宅で温度差を感じる場面があるため、双方の理解を深めていく必要がある。
→担当者間で密な情報共有が必要。
→各職種の役割を確認し、利用者に必要なサービスや職域を介入前に把握しておく。

14 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①ケアマネは連携室に電話し、情報送信し、こまめに病状を確認している。
- ②お薬情報が更新されておらず、残薬があったり、飲みすぎたり情報が不明瞭。
→お薬手帳の活用。
- ④家族との関わり。キーパーソンの把握。家族間の関係性が悪いケースがあり、情報管理ができていない。
→ICT を活用して、情報を 1 つにまとめる。
- ⑤カンファレンスを他職種で毎月行う。
→聞くだけでなく、実際に本人の様子をみて、支援につなげる。

15 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①支援困難ケース（身内がいらない、未保険、家族間の不仲で情報共有できない）がある。
→まずは家族を含めた個人を知るためのツールが必要。
- ②利用者に聞いてもケアマネの名前が出てこない。
→もしもカード。もう少し充実したもの。更新。
- ③要支援から要介護になった場合、担当の変更がある。
- ④口腔・栄養。食事が食べれない、治療の途中で入院になると受診が難しく、歯科と連携できるといい。
→情報を得た時にまずは共有する。
- ⑤施設は契約時に確認（DNAR/終末期/本人の希望/看取り/病院搬送）する。

→倫理的なこともあり難しい。

16 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①入院先にケアマネの名前を伝えてもらえずに、ヘルパー等の事業所から「訪問したがいなかった」と連絡がある。
 - ②入院連絡が薬局にないことが多いが、入院医療機関で処方できない処方済みの薬を持ってきてほしいと言われることもある。
 - ③医療処置を行う際に対応が必要なこともあり、緊急時に服薬情報を迅速に得られるよい。
 - ④医療同意を本人から得られない場合は家族に求めるが、キーパーソンが県外の場合は現状が受け入れられない。
 - ⑤本人が入院になり、介護家族に支援が必要となることもある。
 - ⑥独居、認知症の人は、デイなどの事業所名の断片的な情報からケアマネに辿りつかず、地域包括に問い合わせている。
- 本人の了承を得て介護保険サービスの利用がない方も含め、情報を一括管理できるといい。もしもカードなど携帯カードの活用。
- 介護保険申請を必ず地域包括を通して行い、履歴を残すようにする。
- お薬手帳にカバーをつけ、様々な情報が挟みこめるようにする。
- 衣服に身につける QR コードやエアタグなどの活用
- マイナンバーカードの活用。

17 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①利用者が救急車で転院との連絡があったが、搬送先の連絡までに 3 時間を要した。
- ②本人が発話できずに、キーパーソンと繋がるのに 24 時間かかった。
→「もしもカード」のように情報携帯できるものがあるとよい。
- ③体調の悪い人を警察が連れてきてくれたが本人の身元やキーパーソンの確認には協力してくれなかった。
- ④担当ケアマネがわからなくても利用サービスがわかればたどっていくことができる。
→誰がみてもわかるデザインの標準化が必要。
→携帯する、利用する本人が役割を理解し、もつ必要性を自覚することが大切。

7. 講評・感想/まとめ

施設長

連携において施設は外との関係が少ないが、多職種でできること困っていることの生の声が聞けたのがよかった。いかに情報をもっている方につながるかが大事だということを感じた。当施設は平均介護度 4.4、平均年齢 88 歳であり、看取り対応もしている。キーパーソンがいなかったり、キーパーソンの意見が割れたりすることもある。「最期にやり残したことはないですか？」「何かプレゼントしたいものはないですか？」と本人に尋ねるようにしている。その時に元気な時とか、包括が支援していた時に趣味などを記入していたことがヒントになることがあって、本人の希望を事前に聞いていると、最期の最期で本人のためにできることが実現できるなど感じている。命の方向性は本人しか実は決められなくて、判断力の低下で本人が決められなくなった時、病識の理解が難しくなることもあるので、いずれその時がくることくることの大切さを改めて感じる事ができた。

介護支援専門員

いろんな多職種の人と情報交換がグループワークでできたと感じている。ケアマネジャーとして仕事のやり方、高齢者の予期せぬ入院という場面でお薬手帳は持っているけど、ケアマネがわからないことがあり連携がとれずに困るという話があった。今後、利用者に関わっていく中で、名前を覚えてもらうことが課題だなと思った。名刺を保険証と介護。保険証と一緒に入れておいてくださいと声をかけるが、入院の時にそれがどこにあるかわからない。家のテレビの前に置いていることもあるので、そこをしっかりとつけていけるようにしたい。

医師

連携の話をしながら、やっぱり難しいねという話になった。この場で話すだけではなく、もっと先をみていかないといけないなという話をした。やっぱり腹のみえる関係までいくのは難しいなと感じている。連絡するタイミングもすごく悩む。ちょこちょこ連絡したほうがいいのか、まとめて連絡するのがいいのか？当院に関しては看護師がうけてくれるので、こまめに連絡をもらってもいいなと。ただいろんな先生がいるので、あんまり連絡もらうのもなという人も思うので、そこが標準化できて、ストレスなく連携がとれる方法があるとわかりやすくていいのになと思う。ただそれをどうやっていけばいいのかかわからずに、こういった場で少しずつ顔の見える関係づくりをつくっていくのがまずできることなのかもしれない。

まとめ（地域包括支援センター）

地域連携検討会を今年度は同じテーマで、違う会場で話ができるという形をとった。3 包括の圏域以外の参加者も多く、日頃なかなかお会いできない人も多く、関心をもってもらっているという嬉しさに関わっている人と連携をうまくとれる方法を考えていかないといいなと、少しずつでもつながっていきなとと思った。