

事例1：複数の医療・介護事業所が高齢者@LINEでつながって本人の状態を多面的に共有することで連携した支援を行っている事例

- ・ケアマネ変更時に支え合いノートのほかに家@LINEを追加
 - ・突発的な情報や主介護者からの情報を入力
 - ・小脳出血により入院したことを家@LINEで共有
 - ・サービス担当者会では、関係者が事前に家@LINEで情報を得て会議に臨んだことで円滑に進行した。
- * 複数の事業者が家@LINEを一番よく活用した事例

- ・受診情報、処方内容の変更、次回受診日の入力
- ・介護のポイントを調べて入力
- * ショートステイ利用時の情報が、外来診療に役立った。

診療所
(脳神経外科)

- ・急変時の情報を入力。変わらないときは入力していない。
 - ・ショートステイ利用時の夜間の様子が把握できたので、職員間で留意点を話し合って対応した。
 - ・受診情報をその都度入力してくれるので、医療の情報もよくわかる。
- * この方は、家@LINEを使って特に良かったと思う。

テイサービスA

- 「ちょっと別の事業所も利用してみようか」との介護者の相談で利用を開始
- ・テイ利用時の意識消失の情報を入力
 - ・普段と変わりなければ入力していない。

テイサービスB

福祉用具
レンタル業者

居宅介護
支援専門員



80代後半女性 要介護
後縦靭帯骨化症、認知症
・意識障害有
・一日の体調変動が大きい



主介護者；息子
医療介護関係者に共有
したいことを、支え合い
ノートに記載。

僕は家@LINEを使
えんか？

老人保健施設
ショートステイ

- ・ショートステイ受け入れ前に他事業所の入力情報を確認
 - ・血圧変動や普段と異なる様子があれば連絡票に入力
- * 定期的にショートステイを利用し、支え合いノートや主介護者からの話で、正しく情報が伝わっている状況

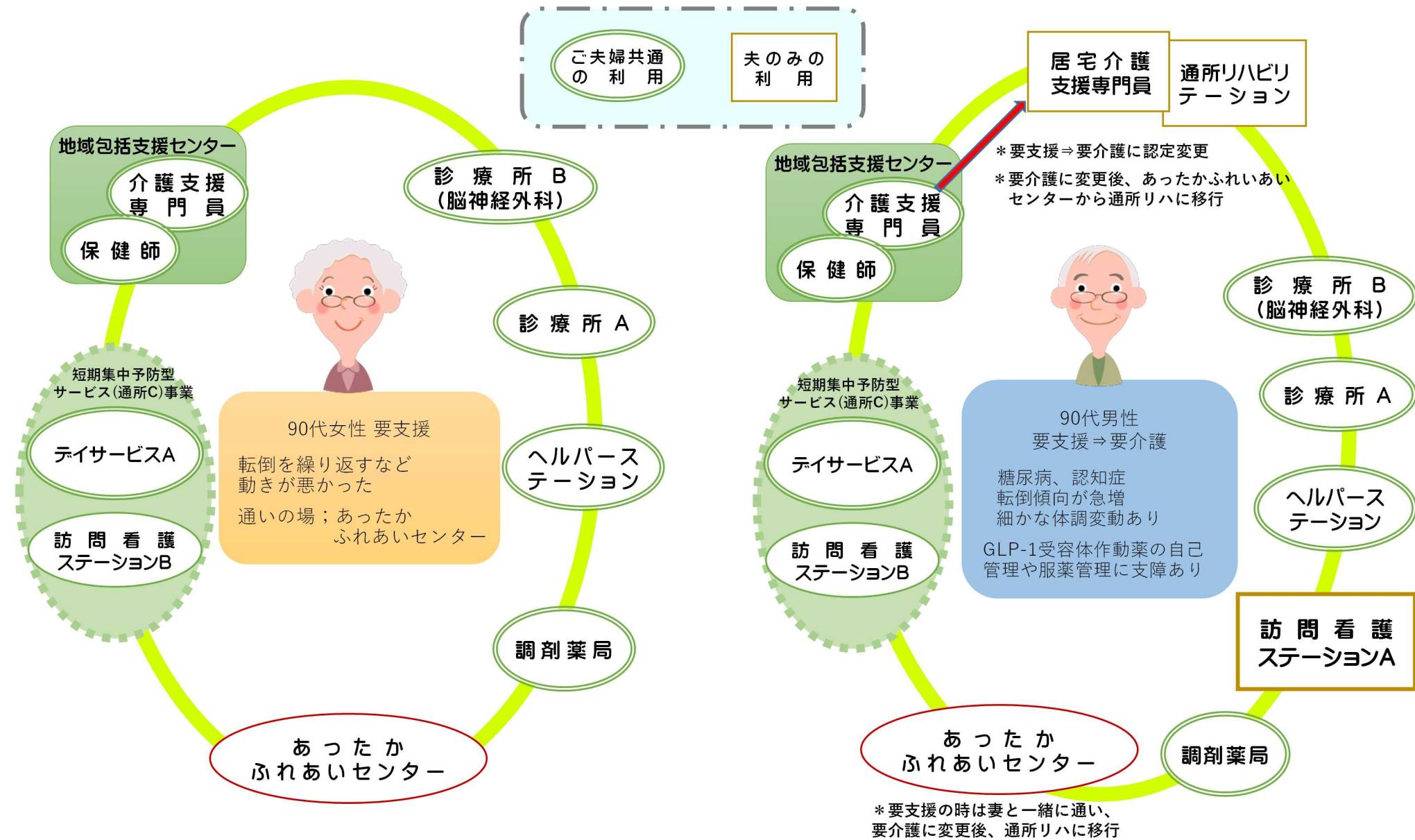
調剤薬局

- ・家@LINEの入力情報を確認して対応

訪問看護
ステーション

- ・血圧の変動が激しいため、週1回の訪問の前にテイの血圧等の情報を確認
- * 事前に情報収集できるのがいい。

事例2：高齢者の二人暮らしで認知症により糖尿病管理が不十分な夫に対して高知家@ラインを使って医療・介護関係者が連携して在宅療養を支援。また、短期集中予防型サービス(通所C)の利用時にも家@ラインで連携して活動量の低下予防を支援した事例



	妻	夫
地域包括支援センター	<p>CM；・家事でよく動くものの、転倒を繰り返すなど動きが悪いことから通所Cにつなぎ、家@ラインの情報共有を始めた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あつたかの送迎車乗降が不安定になっていたが、通所Cの動画で乗降に問題ないこと等をあつたかに伝達 ・事前情報のほか訪問時の状況を入力 <p>保健師；</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所C利用者を家@ラインに登録し、メール機能で必要な情報を共有することで業務が効率化(ケア会議議事録、初回アセスメント訪問のための事前情報) 	CM；・活動量低下し自宅で横になることが多い状態だったことから通所Cにつなぎ、家@ラインの情報共有を始めた。
短期集中予防型(通所○)サービスA	<p>ご夫婦で通所Cを利用。通所C卒業後も家@ラインで診療所等の情報で生活を見ることができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あつたか送迎車乗降の課題に対して、デイの複数タイプ車両の乗降の様子の動画のほか、乗車時に先に荷物を載せてあげたり後ろに立って見守ることで乗降に問題ないことを家@ラインで情報共有。 <p>*介助の捉え方の違いがあることを感じた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・以前やっていたグラウンドゴルフにつなぐことを目標に通所C利用を支援し、動けるよう元気になって卒業
訪問看護ステーションB	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議(サービス担当者会)にあつたかふれいあいセンターも参加。3ヶ月の通所C利用期間の間、あつたかふれいあいセンターがつながっていることで、通所C開始前後の様子を把握でき、通所Cの取組が生活の場で活かせているのかなど通所C利用時以外の情報をもらうことができた。 	
診療所B (脳神経外科)	定期的な検査受診結果を家@ラインで共有	受診情報、次回受診日を家@ラインで共有
診療所A	<ul style="list-style-type: none"> ・担当看護師が受診前に家@ラインで他事業所の情報を確認して医師に伝え、診察に活かしている。 ・受診情報を看護師が入力。 ・残薬情報等、薬局の存在がとても大きい。 ・このケースのように5~6人等多くの事業者の連携では家@ラインの情報共有がとても良い。 	
ヘルパーステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・左手首ケガ(ギプス)の時に掃除を支援した。 ・PCで朝夕、入力情報(主に受診情報)を確認。 ・特に変化のない方なので、ヘルパーは入力なし。 	<ul style="list-style-type: none"> ・肺疾患で白カビの影響防止のため掃除に入っている。
調剤薬局	<ul style="list-style-type: none"> ・処方箋を家@ラインで共有 ・残薬を確認し、残りに合わせた処方日数を医師に情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方薬の一包化
	居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護変更後の担当 ・診療所A,Bの受診情報や、訪問看護ステーションA、薬局の入力情報により状態がよくわかる。 ・ヘルパーとデイの様子を聞いて入力 ・家族との連携は支え合いノート、ヘルパーは血圧を記載
	訪問看護ステーションA	<ul style="list-style-type: none"> ・GLP-1受容体作動薬の週1回注射(手技を動画で共有、必要物品の残等の確認)、服薬管理(残薬が多かった方で、薬セット(タッパー→1週間分のセット)で服薬支援)ができるおらず支援 ・血糖値に応じて食事内容をマメにチェックし、TELと家@ラインを使い分けて情報共有 ・すぐに家@ラインにあげれなくても、共有しておけば関係者の参考になる内容は入力している。緊急性の高い情報は必要な関係者にTEL連絡したうえで、家@ラインで関係者全体に共有。 ・現在(R2.12月)総合病院入院中だが、退院後、在宅酸素、ステロイド服薬が始まるので家@ラインの共有が有効かと思う。

事例3：あき総合病院の運用ルールを活用して介護家族を支援し、自宅療養の望みを叶えた事例

