

ACPの実践

在宅医療、外来、地域での実践取り組み



オレンジホームケア
クリニック
Orange Home-Care Clinic

2017.9.29.

紅谷 浩之



オレンジホームケア
クリニック
Orange Home-Care Clinic

2011年2月1日開設
2013年2月1日医療法人化
2014年5月より以下3事業開始
訪問看護ステーション
訪問介護事業所
居宅介護支援事業所

福井県福井市(人口27万人,高齢化率27%)
医師4人体制で24時間365日の在宅医療を提供する
在宅療養支援診療所 在宅患者数約270名,年間在宅看取り数約80名

2012年 厚生労働省・在宅医療連携拠点事業(全国105施設)
2015年 厚生労働省・人生の最終段階における相談支援事業(全国5施設)

2013年～ 劇を使った在宅医療多職種連携実践研修会を全国で開催
(これまで13府県にて42回開催)
2015年～ 専門職・一般市民向けに「地域包括ケア」について知ってもらう劇講演を開始
(これまで5県にて13回開催)

Mission: 在宅医療を通して、地域の人々がHappyに過ごし続けられる「まちづくり」
(地域包括ケアシステムの構築)



人生における医療の役割

生

人生

死

↑
発病

← 人生の最終段階 →

病院医療の役割
(発病してから 治療期間)

治療

在宅医療の役割
(在宅療養から看取りまで)

病院と連携 → 緩和ケア → 看取り → 家族ケア

地域包括ケアシステムの中での医療の役割(予防・健康増進から看取りのできる地域づくりまで)

生活を支える(障害・難病の医療的生活支援、生活の中での困りごと対応、地域づくり等)

人生の最終段階に必要な議論はずっと必要,繰り返す対話文化

各ステージにおけるオレンジの取り組み

予防/生活の中での困りごと対応 → まちかど健康相談ステーション“みんなの保健室”

障害児者の医療的生活支援 → 医療ケア児の保育園・児童館“オレンジキッズケアラボ”

予防視点の外来診療所 → “つながるクリニック”

障害・難病の在宅療養から看取りまで → 在宅支援診療所“オレンジホームケアクリニック”

今後の在宅ケアの中心は看護師 → 医療と生活を密着させる訪問看護ステーション

家族と同等の医療ケアを行える介護職 → 医療とITに強い訪問介護チーム

人生の最終段階の医療についての課題①

人生の最終段階の医療については繰り返される話し合いが重要
「末期がん」や「老衰時の胃ろう問題」などがピックアップされやすいが
実際は「生活」の延長の中で語られるべき（誰にでも関係する話題として）

課題①

本来、病気になる前からの話題ではあるが、
病気・病院を軸に語られている事が多い。
かかりつけ医の外来でも話題にされることが少ない。
(定期通院しているが今後のことを話し合えていない)

オレンジの取り組み



“みんなの保健室”にて
生活・地域の場で話題を提供



“つながるクリニック”では
普段の外来で予防やACPに力を入れている
(写真は待ち合いスペースで患者とスタッフが談笑している)

人生の最終段階の医療についての課題②

人生の最終段階の過ごし方について話し合う上で重要な選択肢となるはずの在宅医療・在宅療養について国民が知らない

課題②

在宅医療を含めた“生活の中で病気と付き合っていく方法”について十分に情報提供がなされていない。

→国民への情報提供(在宅医療などの資源やその選択の重要性など)が必要

オレンジの取り組み



在宅医療や地域包括ケアの中での市民の役割について劇を用いた市民公開講座を開催



地域の商店街関係者も巻き込んで地域ケアを考えるワークショップなどを開催

人生の最終段階の医療についての課題③

人生の最終段階についての話し合い＝「どう生きていくか」の話し合い
暗い話題にせず、前向きに話しあう必要がある

課題③

ネガティブに「病」「老」「死」を話題にするため暗い話題になりやすい
→本来は最期まで生き生きと過ごすための話し合い

オレンジの取り組み

生まれつきの重度障害や難病患者にとっては
人生の最終段階についての話し合いを一生継続すること
になる

“オレンジキッズケアラボ”では子どもたちの未来と家族・
地域との繋がりにスポットを当てて前向きな話し合いを
継続している。

→医療ケアが必要な重症児を育てながら仕事に復帰して
いるお母さんが70%以上



人生の最終段階の医療についての課題④

医療が関わるような意思決定に限ったとしても
病院で行われる意思決定はあくまで一時的なものであり
生活の中で繰り返されるべき（特に在宅医療の現場にて）

課題④

生活の中で繰り返し相談される仕組みが不足している

→在宅医療チームにMSWが常駐するなどの対応が必要

→相談員研修は医療者だけでなく福祉関係者などにも受講してほしい
（民生委員や喫茶店主など一般人にも拡がるとなお良い）

オレンジの取り組み



看護師・社会福祉士だけでなく介護福祉士、事務スタッフ、診療クラークも「人生の最終段階における医療にかかる相談員研修」を受講し、日々の関わり全てに相談を意識している。
クリニックには4名の社会福祉士が常勤

在宅医療現場の実感として

「どんな医療を受けてどこでどう過ごしたいか」を決めている方は
そうでない方と比べて
不本意な入院や、急な方針転換が少なく、診療回数や緊急往診が少なく、
病状面でも安定して最期を過ごされるという印象がある。

自宅で生活を営みつつ、医療を受けながら亡くなる方の苦痛は、
少ない印象がある。



在宅におけるACP(病院での意思決定は覆る)

在宅で行われるエンドオブライフケア相談

- ・日々相談、亡くなるまで相談し続ける

↓ 人生の最終段階における医療体制整備事業より

期間中に初診のあった患者 20名

	患者数	患者数		診療回数	人生の最終段階に関する相談	診察にて人生の最終段階に関する相談が行われた割合		
		転機・患者数	在宅死率					
がん	9	最期は自宅以外を希望	4	100%	2回 ~ 11回	6.3回	3.5回	55.5%
		最期まで自宅希望	5	100%	2回 ~ 12回	8.6回	5.0回	58.1%
非がん	11	期間中に看取り	2	100%	3回 ~ 4回	3.5回	2.5回	71.4%
		診療継続	9	-	4回 ~ 7回	5.7回	3.2回	56.1%
全体	20	-	-	-	6.3回	3.7回	57.9%	

point①

退院時は病院死を望んでいた患者も自宅での相談を日々継続したことで在宅死を再選択し、それを叶えた

point②

在宅診療では定期診察時にも最期の場の選択や、終末期の治療方針などの相談が頻回に行われていた

退院時は

「最期は病院で」「歩けなくなったら入院」「緊急時は救急車」という方針だった患者が4名いたが、在宅診療のなかで相談を重ね、最終的には全員が在宅看取りとなった

在宅で相談を重ねられる仕組みが必要
病院でのACPを引き継ぎつつ、踏み込んだ相談を重ねられる人材 (MSW) が必要

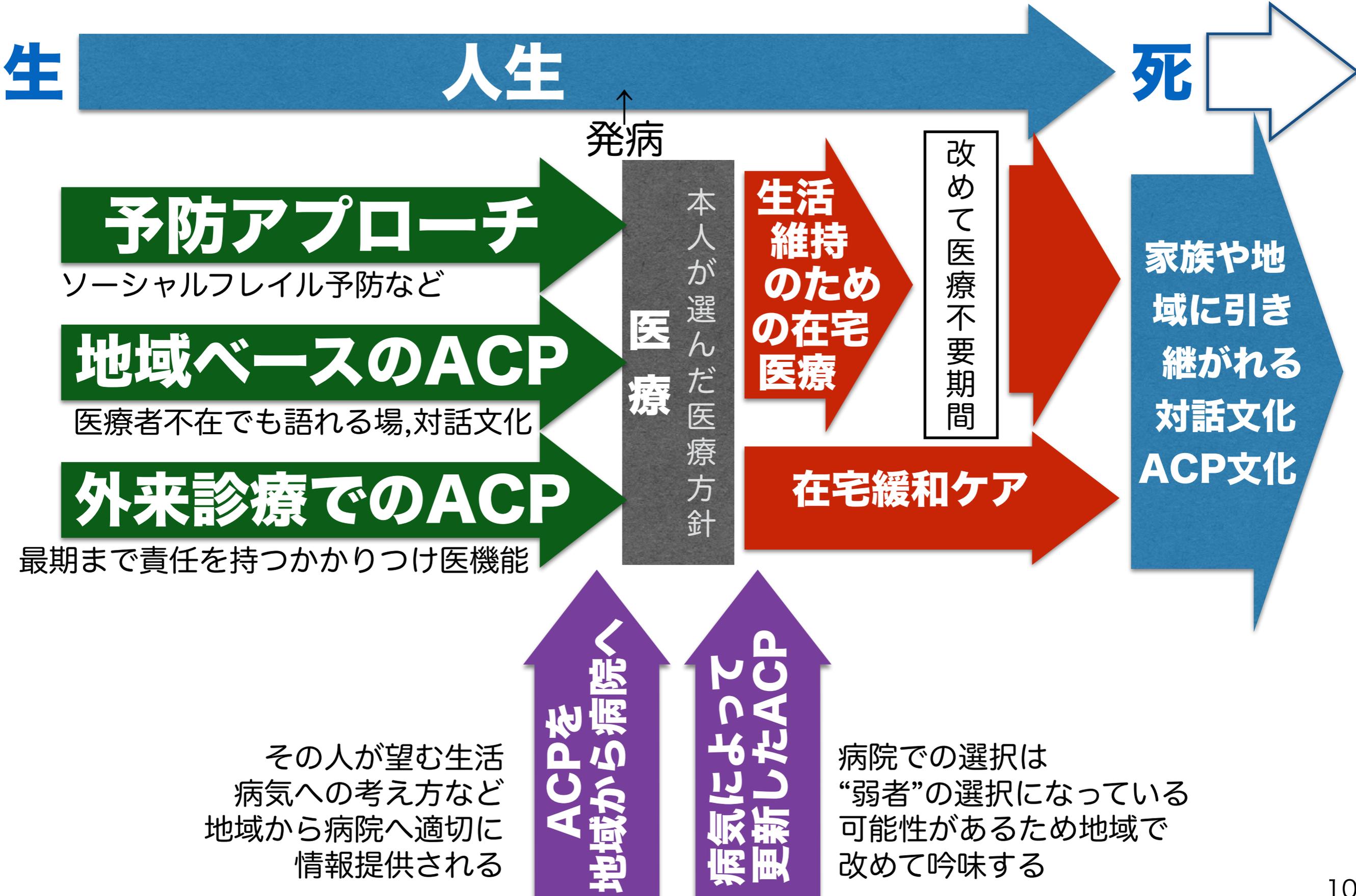
「病院にいる時、人は決める力を失っている」
(宇都宮宏子氏)

- 診察2回に1回以上は、人生の最終段階に関する相談を行っており、
- (さらに診察3回に1回以上は※特に踏み込んだ相談を行っていた)

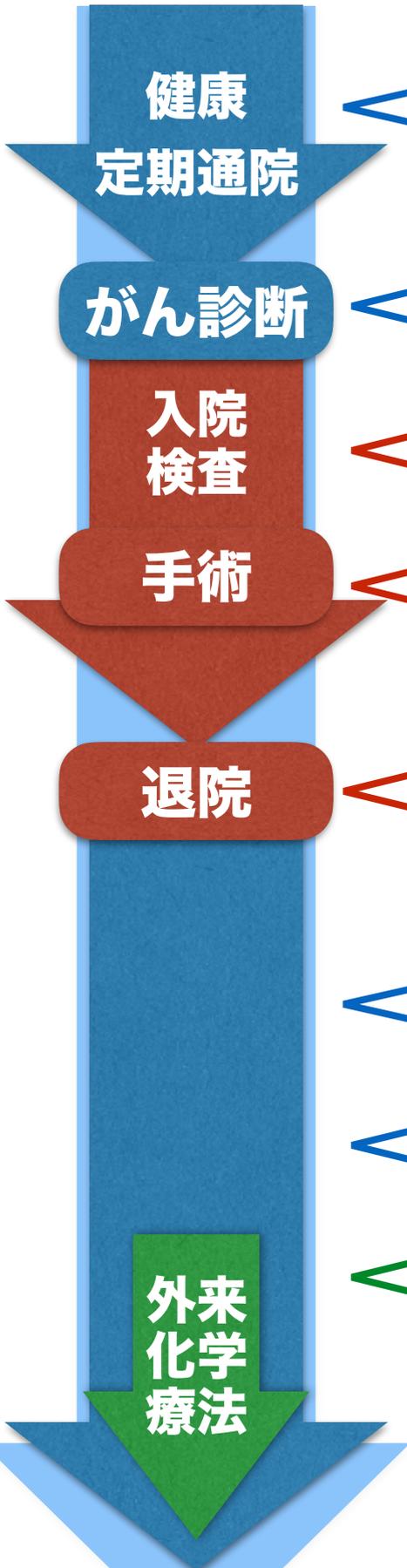
● がん患者は、診察の多くをこれまでの人生や、今後のことについて話し合う時間を多く取っていた。特に診察を開始して数回はそのような話し合いに多くの時間を割いていた。

● 非がん患者では、診察時においてこれまで歩んできた人生や考え方、死生観について話し合うことが多くみられた。

発病前の地域のアプローチと地域と病院のACP双方向共有と生活維持のための在宅医療で必要な医療は生活を軸に整理される



事例)83歳女性とかかりつけチームとの関わり



定期通院時は現症のチェックと処方だけでなく、家族のこと、これまでの人生の自慢話、これからの人生の夢、夫への思い、友人、趣味、楽しみ、人生観、死生観などを多職種で聴取（ACPシートを埋めるためではなく世間話の延長として）（医師だけでなく、看護師や社会福祉士、事務スタッフ全員がその意識を持って関わる）

精密検査は病院で行ったが、病名・病状告知はかかりつけ医より告知日の夕方には、看護師が自宅を訪れフォロー

入院中もかかりつけチームの医師・看護師・管理栄養士などが病院へ訪問 家族と今後のことの話、病院医師からの説明へ同席、本人の想いの変化に寄りそう

手術直前の訪問では様々な想いをじっくり聴いた 手術後はこれからの生活のイメージを共有

退院後特に不安な食事・栄養面について管理栄養士が病院と連携しサポート体制を整えた
病院チームからの引きつぎ あくまでも生活をみるかかりつけチームの継続的関わりを重視し、病院チームにはポイントポイントを依頼していくイメージを共有

退院後に栄養摂取低下・体力低下に対して、栄養サポート・リハビリサポート・メンタルサポートのためにかかりつけチームの看護師が訪問看護として在宅へ
自宅での関わりでは、家族や地域も含めた大きな“ものがたり”を捉えることができ、人生観や死生観、がんへの向かい方もその“ものがたり”の中で捉えることができる

腹痛・嘔気が悪化した日は、かかりつけ医が緊急往診 緊急時の訪問時だからこそできる相談も

初めての外来化学療法日は帰宅後に自宅訪問 体調の変化や治療への想いを聴く
外来化学療法日の前日に体調確認し、採血などをかかりつけチームで行うことで、当日の待ち時間軽減

かかりつけチームは、病気の区切りを意識しすぎず、ものがたりの中に共に佇み、一緒に歩きながら、これからの生活を共に考える その時間が、病状の変化時や、人生の最終段階の意思決定を支える

事例)83歳女性とかかりつけチームとの関わりから得られたその方の言葉、ものがたり

健康

定期通院

夫婦共に生活する時間とそれぞれの趣味の時間を大切にしている。
夫は80代になってから洗濯機が使えるようになるなど、今後のことも考え、お互いの自立が大切と考えている夫婦。
「なんとかなるさ」の夫と違いきちんと原因や理由を知って自分で考え、それから委ねたい性格
健康への関心、知識高い。オレンジ主催の演劇型市民講座を聴きにきてくれ
「どこで生きてどこで死ぬか、考えておかなきゃね。」

がん診断

先生の言うとおりにして早く治したい。
あと10年は元気に生きたい、孫の成人式や結婚する姿を見たい。ひ孫までは無理としても。子どもたちの世話にはなるべく
なりたくない。あの子たちの生活があるから。子どもに言わないわけにはいかないかな？心配かけたくない。

入院
検査

(息子、娘婿、夫が病室に来ており、嬉しそう)
昨日は大腸カメラ、今日は胃カメラを受けた。手術で悪いものだったら困るわね。肝臓にもあるみたいだけどどうするのかしら。
大腸の悪いところをとにかく早く手術してとってもらって治らないと。

手術

1人でいるといろいろ考えちゃう。こんな病気になって、なにか悪い事したからバチが当たったのかな、とか。
父親は78歳、母は83歳で亡くなった。もう母の歳になったんだから死んでもおかしくないんだけどね
手術の後は大変なのかしら。今年はまだプールに行けないのかな。大腸カメラは辛かった。

話題) 病気に対しての後悔、生活が一変した事による落ち込み、治って帰るとい希望、病人の生活、
一人暮らしの夫への気遣い、家族への気遣い、過去に自宅で舅・姑を看取った経験、福井地震の話

このあとは肝臓だね。抗がん剤は飲むの？こんなみんなに迷惑をかけて、大変な大事になってしまって申し訳ない。
100歳まで生きたいわ。でも、その反面、私ってどうやって死ぬのかな、と考えることもある。病気でがんで死んでいくのかな、
とか、どこで死ぬのかな、とか。

普段からプールに行って体力づくりしておいてよかった。帰ったらプールはいつから行けるようになるかしら。

退院

うちはやっぱりいい! 最高!!
肝臓がんの治療ってどうなるんだろう?
息子のところ(東京)へは行くつもりない

プールへ行くのは体力的に不安
友人に何か聴かれたらどう伝えよう

初めて友人に病気のことを話せて、涙が出るほど嬉しかった。
プールへ行って体力をつけてきたのが良かったと思う。早く再開したい。
化学療法はどんな副作用が出るのか不安。なにかあったらすぐ電話できるので安心。

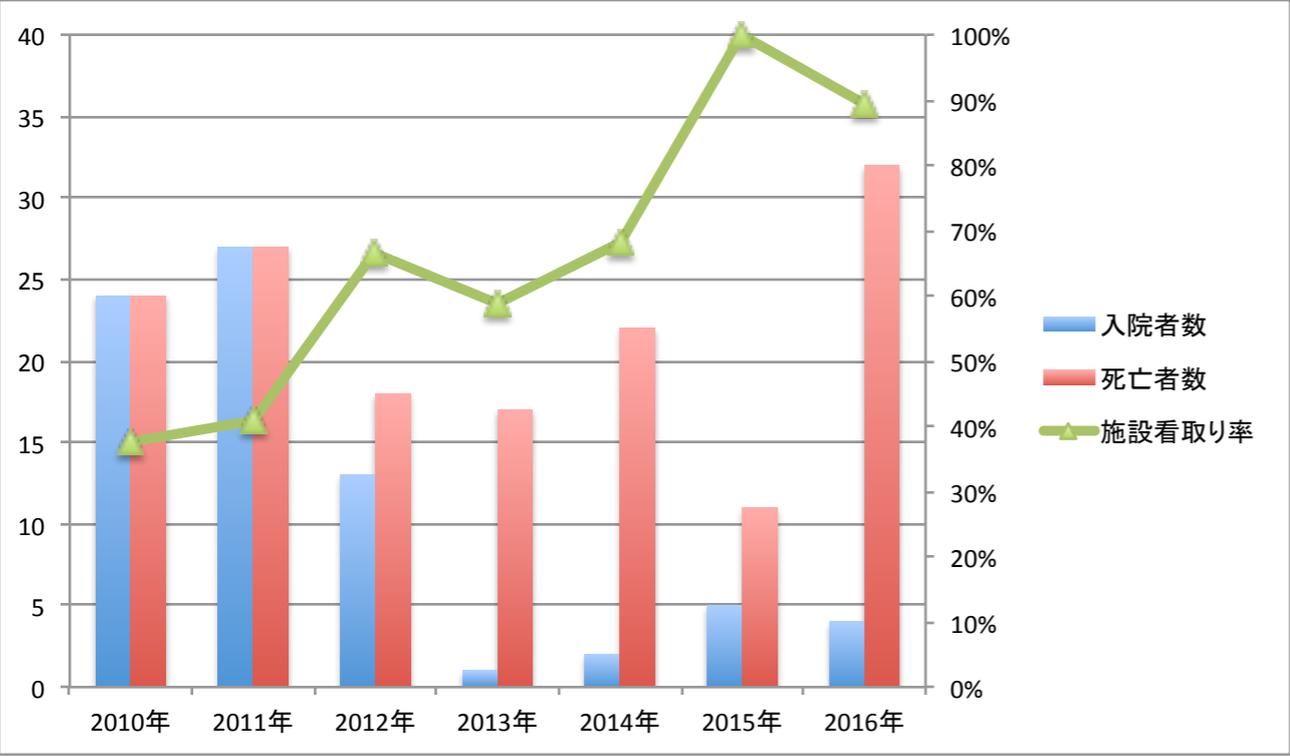
外来
化学療法

生活空間への訪問で得られるもの
歴史、思い、家族、風景、地域、つながり、強さ
=ものがたり

特別養護老人ホームの嘱託医として入所者の人生の最終段階に関わる

特別養護老人ホーム2施設の嘱託医活動

医療の提供だけでなく、人生の最終段階の医療・介護の関わり方についての研修会や話し合いなどでも行う
人生の最終段階の住まい場所として生活を守る介護スタッフが自信と責任を持って関わること、が目標



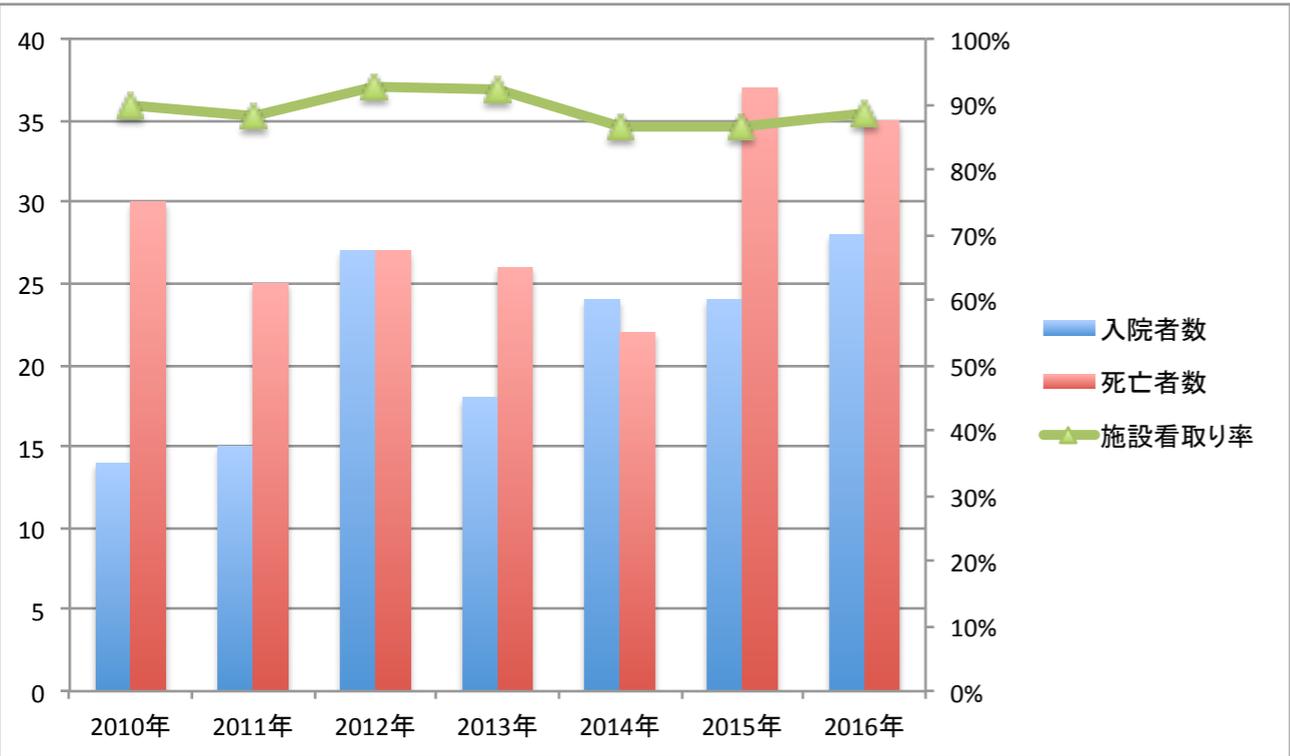
施設A (定員100名)
2013年度～前医より嘱託医引継ぎ

入院者数が減少

- 心不全や肺炎による緊急入院が特に減少
- ・事前に起こりうる病状を介護職含め共有
- ・今後の方針を話し合う文化

施設看取り率上昇

話し合いが行われる習慣・文化ができることで
人生の最終段階をどのように過ごすのが本人にとって
良いのかを考えるスタッフが増加している



施設B (定員121名)
2013年度～前医より嘱託医引継ぎ

もともと施設看取りに力を入れていた施設
死亡者数が増えても安定した施設看取り率

(施設スタッフからの意見)

以前は看取りの一連のプロセスを踏んだものではなかった
医師と会話できるのは看護師だけだった
家族も看護師を通して医師の意見を聞いていた
→現在は家族や介護スタッフも情報を共有できている
直接医師と話せる機会が多く、安心して支えられる
ケアスタッフの意識の変化：今まで自分たちが暮らしを支えてきた方が、そのまま自然なかたちで自分たちのケアを受けて亡くなる、ということが自然な受け止めになった

地域包括ケアシステム



←医療・介護は個人や地域の
必要に応じて植える葉っぱ

生活を支えるツール・システムが重要
買い物や余暇活動なども充実便利に

←なることで元気に暮らし続けられる。
ソーシャルフレイルの予防、権利擁護

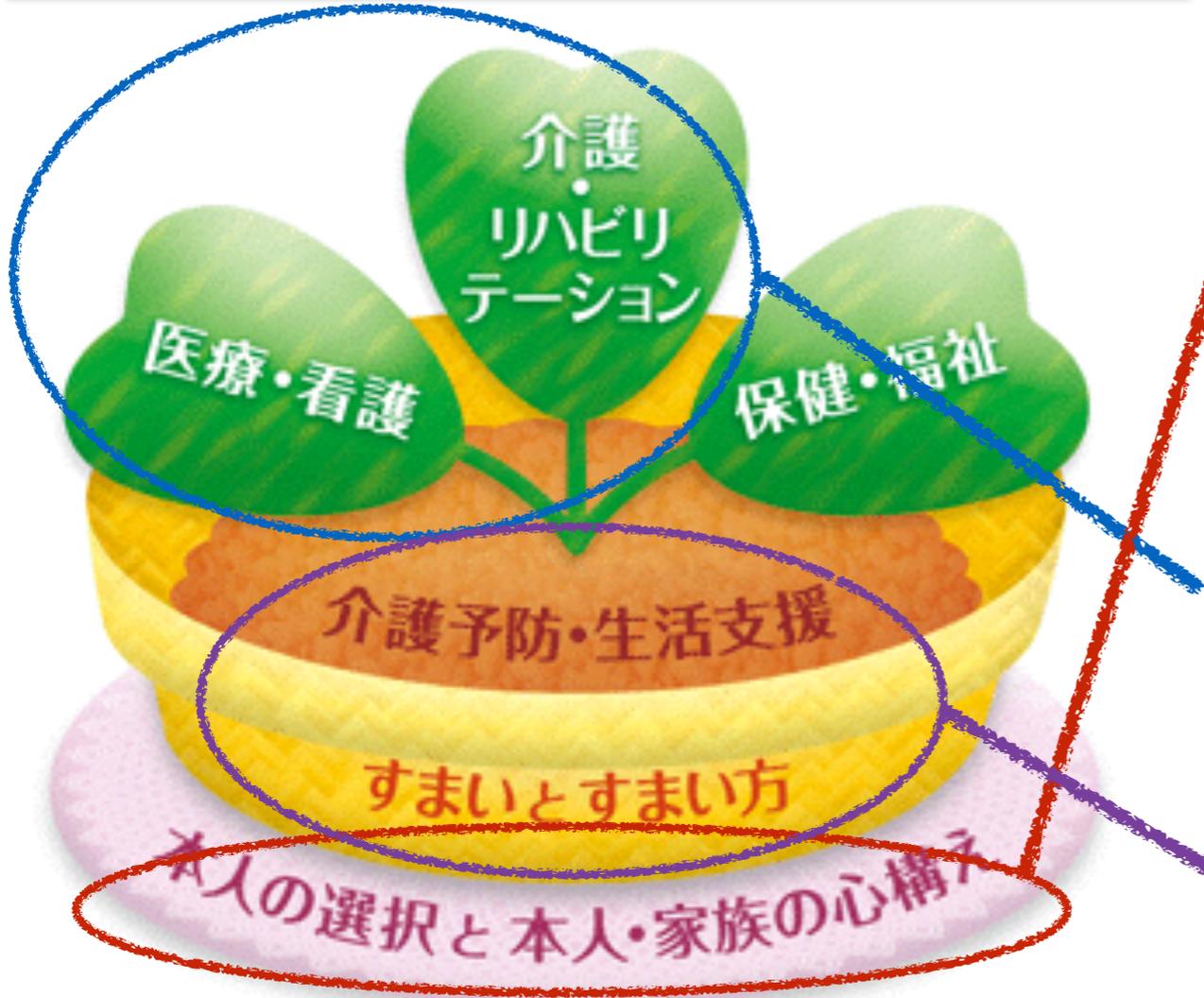
←すまい＝ハード、すまい方＝ソフト
ハードとソフト双方の充実。

対話が生まれ、対話が維持できる環境

↑ 基盤は本人が「自分らしい」生活を選択できる情報の確保
本人・家族がリスクも含め納得ができるように繰り返される対話文化

医療・介護関係者だけで「ケア」を考える時代から
住民や別ジャンルの専門家も巻き込んで「ケア」を考える時代に
逆に言えば、医療・介護も「まちづくり・地域づくり」に参加していく

地域包括ケアシステム



人生の最終段階についての想いは、
病気から生まれるのではなく
その人らしい生活と人生から生まれる。
病気はきっかけにすぎない

医療・介護は重要ではあるが、
人生の中心に据えられるものではない

日々の生活そのものを支えている
あらゆる地域の活動や生活支援者を
抜きに“人生”を語るわけでないこと
を医療者は肝に銘じるべき

コンビニ、銀行、交通(電車・バスなど)、飲食店、商店街、映画館、
アート、公民館、町内会、建築、公園、旅、テレビ、学校、保育園、
IT、趣味、サークル、アニメなどなど



オレンジホームケア クリニック

Orange Home-Care Clinic

医師4名体制で24時間365日体制で在宅医療を提供
約230名の在宅患者を在宅で診療
年間約80名を自宅で看とっている
地域のケアマネジャー・訪問看護ステーションとの連携を重視



医師常勤5名非常勤1名、看護師15名、社会福祉士4名、ケアマネジャー、介護福祉士、相談支援専門員
医療事務、医療クラーク、保育士、栄養士、作業療法士、理学療法士、
臨床心理士、臨床宗教師(僧侶)、プロデューサー、ミュージシャン、コミュニケーションスタッフ



みんなの保健室

2013年7月 福井駅前新栄商店街内に開設
(東京新宿・暮らしの保健室-秋山正子代表-を参考に、
福井らしい“保健室”を模索した。
新栄商店街を中心にまちづくりを行う仲間からの
後押しで構想からわずか4ヶ月で開設に至った)



日常生活の中で気軽に立ち寄りなんでも相談できる“集い場”として、体・こころ・暮らしの相談だけでなく、誰かと話したいと立ち寄る方、ひとやすみする方など、年齢性別問わず多くの方が利用。
開設2年目の年間利用者 約1800名

2015年1月～ ダイハツとのコラボ開始
在宅医療におけるクルマの使用され方の研究
地域包括ケアシステムにおける企業の役割について討議

2015年9月 福井市宝永に2番目となる「みんなの保健室 supported by ダイハツ」を開設

「みんなの保健室」の目的を共有し名称と
ロゴマークの使用を希望する方(個人,団体)とは
“のれん分け”として連携。
現在、敦賀市・石川県輪島市の2カ所に
のれん分けした保健室がある。

Mission:

地域における主人公である“人”や“お店”“組織”の
繋がりから生まれる安心感を地域で育む居場所づくり



医療ケアが必要な重度心身障害児者に特化した日中利用施設
事業名:児童発達支援事業、保育所等訪問支援、放課後等デイサービス、生活介護、相談支援事業

2012年4月

高校卒業後の通える場所がなくなった心介くんのために「心介くんだけが週3回通う施設」として実験的に開設
→すぐに地域中にニーズがあることがわかる(2016年8月現在 登録30名)

2015年4月 一般社団法人化

7月～8月 軽井沢キッズケアラボ開催

2016年4月～7月 熊本地震支援 (避難している医療ケア児へのサポート、医療ケア児施設開設支援)

7月～8月 軽井沢キッズケアラボ2016開催

医療法人との濃密な連携(診療面・ケア方針・看護師の配置)により、安全・安心でかつ成長を視野に入れた活動ができている
重心児施設として注目されている

Mission: ①インフラレベルでの医療サポート②本人と家族の成長を見つけ出すこと③地域をつくっていくこと

高齢化社会への対応策のように言われる“地域包括ケア”であるが
病気の付き合い方として医療モデル(病気は隔離して治しきる)から
生活モデル(病気と付き合いながら幸せに暮らしていく)への
変化が求められており、結果的には地域に暮らす全ての人・企業が
含まれるシステムである。まさに「まちづくり」といえる。
障がいを持っていても子どもたちがHappy!に暮らしていける地域を
創ることは、高齢者や認知症にも対応できるまちづくりである。



こんなの初めて！新しい家族旅行体験。

古くから別荘地やリゾートとして、国内外問わず人気の避暑地、軽井沢。そんな軽井沢に、医療ケアが必要なキッズのための日中活動スペースを専用設定で設けます。「屋根のない病院」と呼ばれるほど心身を癒す快適な気候と、専門スタッフによる医療サポートで、本人が安心して過ごせ、家族もゆったりと楽しめます。ぜひ、忘れられない夏の思い出を…。

軽井沢 キッズケアラボ

Orange Kids' Care Lab. in Karuzawa Project

そろそろ、みんなで軽井沢に行こう。

軽井沢に滞在型のケアスペースとして
期間限定でケアラボ(重心児日中活動拠点&
宿泊拠点)を設置

福井のキッズの滞在型旅行の滞在場所として
だけでなく地元・長野のキッズや、東京から
避暑に来ているキッズも対象に受け入れた
※キッズ:医療ケアが必要な重心児

運営は地元の医療者などボランティアが中心

全国の医療・ケアスタッフや、重心児の家族な
どが参加し、先進事例に学び、交流する“キッ
ズケアサミット”も同時開催

Mission:

- ・できないこと探しではなくできること探し
- ・非日常のリゾートで、日常のように“暮らす”
体験を元に、障害を持って生きる日常を再考
→地域住民の受け入れも広がった

2015年に参加した長野県佐久市の関係者が、
翌2016年夏に期間限定のケア施設を設置す
ることが決定した！(ハッピードミノ展開)

2016年は軽井沢町が拠点となる施設を提供。
利用キッズのべ148名
(福井キッズ70名,軽井沢町在住キッズ 57名
ほか佐久市,杉並区,新宿区,大田区,さいたま,
愛知からもキッズが利用.うち135件は障害
者サービスとして利用)

軽井沢キッズケアラボって何？

★医療ケアが必要な障害をもった子どもたち（キッズ）の
ためのスペースです。

福井県福井市で、地域を支える在宅医療をバックボーンに、
医療ケアが必要な子どもたちとその家族をサポートしている
チーム「オレンジキッズケアラボ」。

私たちは今年の夏、佐久総合病院、軽井沢病院とコラボし
て、キッズの旅行を長野県軽井沢でサポートするスペース
「軽井沢キッズケアラボ」を、夏期限定でオープンします！

■オープン期間

2015年 **7月26日** (日)
~ **8月16日** (日)
@軽井沢 (長野県)



いろんな新しい友達と
会ってみたい！
一人旅してみたい！
やったことない体験を
してみたい！



景色も空気もキレイ
なので、いつもより
体調が良くなったっ
つから？！



他の家族の話や最新情報
も聞いてみたい！
それぞれ好きなところに
遊びに行きたい！

オレンジホームケアクリニック・オレンジキッズケアラボ 熊本支援内容
「熊本・医療ケアが必要な子ども・家族の支援」



派遣日程

2016年4月27日～7月31日（8月1日現在）

派遣人数

医師3名、看護師6名、保育士3名、理学療法士1名、介護福祉士1名、社会福祉士1名のべ123人・日

状況

- ・ 人工呼吸器、痰の吸引など医療ケアが必要な子ども等が、熊本県内外の病院や療育センターに一時的に避難している。また、避難所、車中泊の家族も確認されている。
- ・ 医療的ケアが常時必要なため、自宅損壊確認や自宅復帰作業が困難な状況となっている。

支援概要

- ・ 医療ケア、内部障害などで困っている方々の相談支援
- ・ 入院中の子ども、避難している子どもの医療ケア（付き添い）支援と帰宅に向けた家族支援
- ・ 子どもの療育支援と親のレスパイト支援
- ・ 在宅生活を支える訪問診療、看護、介護の実施
- ・ 医療的ケアが必要な児に対応出来る施設の立ちあげ支援

支援内容

- ・ 4月27日～5月8日 入院中の子どもへの付き添い、キャンプ場での活動支援・療育支援、避難所に出向いての活動支援・療育支援、今後の生活についての相談支援
- ・ 5月1日～6月30日 熊本市民病院（機能停止）の構内に、医療ケアが必要な重症心身障害児対応の日中一時支援施設「ことことキッズランド」立ちあげ・運営支援
- ・ 7月1日～ 熊本市内に重症心身障害児対応の児童発達支援・放課後等デイサービス施設「ぱんぷきん」立ちあげ・運営支援

非日常の状態(小児・障害+震災)であっても日常(生活=遊び、友だち)を支えると

“子どもらしさ”を取り戻した子どもたちは周囲を笑顔にし、家族や地域を支える姿があった 20



在宅医療虎の穴



医療介護の多職種連携を、実践的に楽しく学ぶ勉強会【在宅医療虎の穴シリーズ】劇団による事例提示に対し、地域の多職種が集まりケアチームを結成し、実際に「その人らしい生活」を支えるケアを考えていくスタイルの実践的研修会。全国の研修会へ展開中。



地域看護ステーション

みかんの木

訪問看護ステーション

【地域看護ステーション みかんの木】

地域と対話し、予防的なアプローチを行う「みんなの保健室」や在宅診療全体をコーディネートする「トータルヘルスプランナー」というアプローチを確立してきたオレンジナスたちがオランダのビュートゾルフに刺激をもらって化学反応を起こし誕生しました。予防から看取りまで時間軸を大切にして、地域に根ざして教育アプローチも行っていく、そんなチームを目指します。

訪問介護ステーション

【ライフサポートチーム これがいいのだ。】

日々の診療や「Orange Kids' Care Lab.」の活動を通して、病気や障害によって生活スタイルが変わっても、医療に支配された生活にならないように、その人にとって大切なものや人生の輝きにスポットライトを当てて「その人らしさ」を支えることが最も重要と確信しました。その人の日々の生活、成長、人生、想いを支える介護チームを目指します。

外来ベースの地域包括ケア診療

【地域包括ケアクリニック つながるクリニック】

住み慣れた地域で安心して暮らしたい。そのために大切なことのひとつは「健康」です。身体の不調やけがだけでなく、生活や将来の不安にもじっくりと耳を傾け、一人ひとりにあった過ごし方を一緒に考えていきたいと思います。地域のかかりつけ医として幅広い診療を心がけ、どんなことでも相談にのれる、そんなクリニックを目指します。

ライフサポートチーム

これがいいのだ。



つながるクリニック

Tunagaru Clinic



オレンジホームケア
クリニック

Orange Home-Care Clinic

2017.9.29.

紅谷 浩之 専門：在宅医療・地域医療



- 福井市出身、2001年福井医科大学卒
福井県立病院、福井医科大学救急総合診療部にて 救急・総合診療研修
福井県名田庄診療所、高浜町和田診療所などにて 地域医療 研修・実践
2011年2月、福井初の在宅専門クリニック・オレンジホームケアクリニック開設
2012年重度心身障害児者日中活動拠点「Orange Kids' Care Lab.」開設
2013年福井駅前にまちかど健康相談スペース「みんなの保健室」開設
2015年夏、軽井沢キッズケアラボ、キッズケアサミット初開催
2016年外来をベースに地域包括ケア診療を行う「つながるクリニック」開設
2016年4月～7月熊本地震 医療ケア児に関わる支援 スタッフ派遣
2016年,2017年も夏に軽井沢キッズケアラボ、キッズケアサミット継続開催
- ・2012年度在宅医療連携拠点事業（厚生労働省）
 - ・2015年度人生の最終段階における医療体制整備事業（厚生労働省）
 - ・2020年オリンピックに医ケアキッズを！プロジェクト展開中！

福井大学医学部臨床准教授

日本在宅医学会認定専門医

在宅医療推進のための会・小児在宅医療推進のための会 委員

日本プライマリケア連合学会認定指導医

日本在宅ホスピス協会 世話人

全国在宅療養支援診療所連絡会 理事

日本在宅医学会認定専門医育成プログラム

「在宅医療が得意な医師養成プログラム・ふくい」プログラムコーディネーター

福井市介護サービス事業者連絡会 副会長

ふくいの在宅医療を支える会 世話人

福井県緩和医療研究会 幹事