高齢者医療における
当院看護師の取り組み

高齢透析患者の療養生活を支えるために

> 生きる力」を支え、療養生活をともに構築する

医療法人社団つばさ
つばさクリニック
看護師　浜田育枝

「生活を支える透析看護」を目指した当院の取り組み

高齢透析患者の療養生活を支えるために

> 生きる力」を支え、療養生活をともに構築する

医療法人社団つばさ
つばさクリニック
看護師　浜田育枝

COI

この発表に際し開示すべきCOIはありません

つばさクリニック
TSUBASA CLINIC

背景：わが国の慢性透析療法の現状

日本透析医学会統計（2024年12月末現在）

透析患者の平均年齢は 70.3歳

75歳以上で
増加が顕著

療養背景の複雑化・個別化

- 独居や老老介護の増加
- 認知・身体機能の低下で自力通院が困難
- 家庭のサポート体制は一人ひとり異なる

求められる看護の実践

身体面の透析管理に加え、
生活全体を把握・サポートする看護

出典：わが国の慢性透析療法の現況（2024年12月末現在）

つばさクリニック
TSUBASA CLINIC

当院の現状と年齢分布

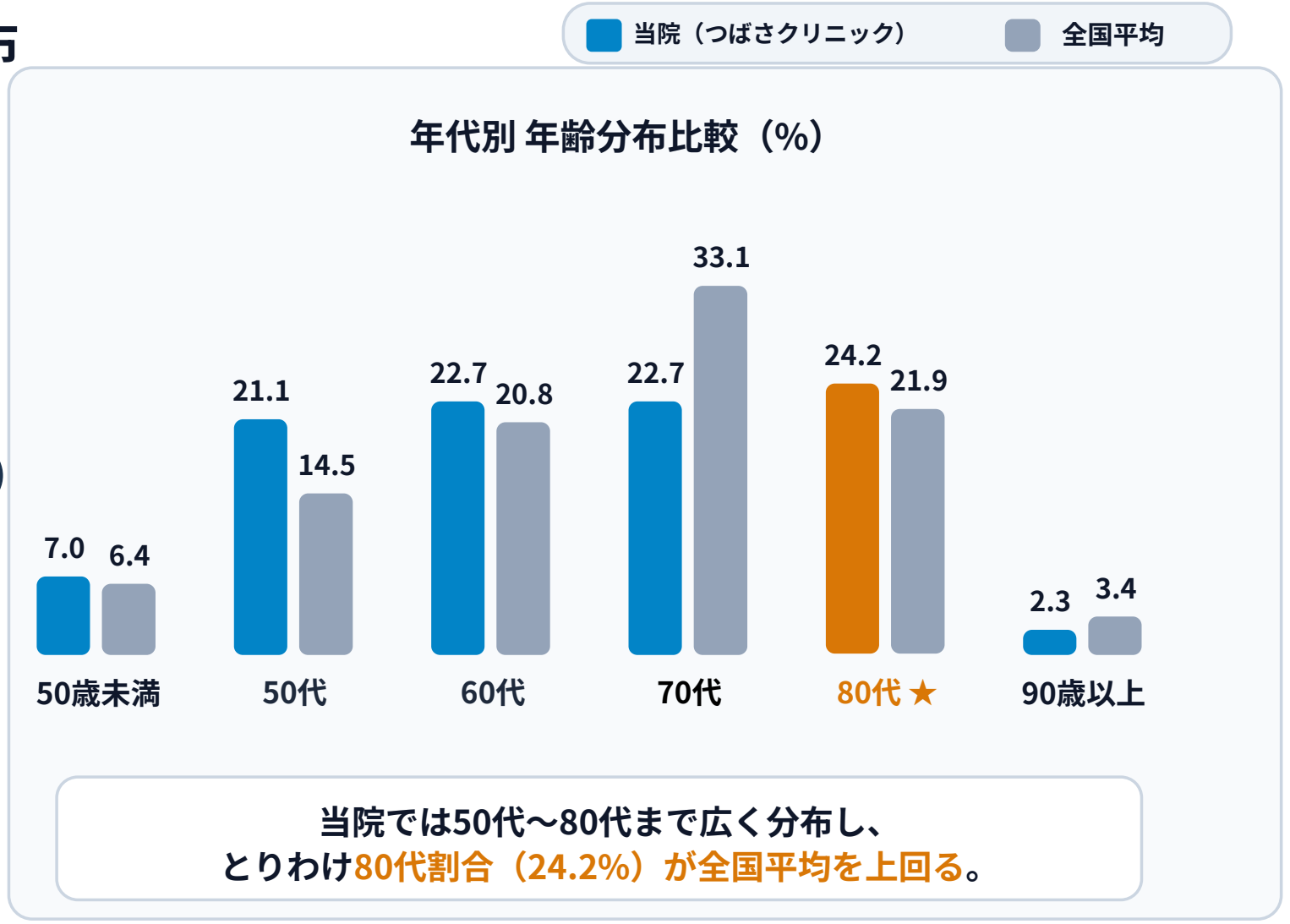
当院 平均年齢	後期高齢者率
68.7 歳	40.1 %

送迎利用率

35.4 %

75歳以上 の患者
利用率55.8%

施設からの通院 5 名



当院では50代～80代まで広く分布し、
とりわけ80代割合（24.2%）が全国平均を上回る。

つばさクリニック
TSUBASA CLINIC

当院の取り組み

フレイル対策

透析中の運動療法介入

定期的な運動機能評価
（握力・SMI・SPPB測定）

運動習慣形成のサポート

フットケア

ハイリスク患者の分類管理

定期的なフットチェック
（ABI・SPP・PWV検査）

足病変の早期発見・
重症化予防

栄養管理

管理栄養士による定期個別指導

透析中の補食プログラム

経口栄養サプリメントの活用

つばさクリニック
TSUBASA CLINIC

個別支援の実践

当院での具体的な働きかけ

介護認定の活用
必要に応じて申請を促し、
社会資源の適切な利用につなげる

多職種情報共有
ケアマネジャーや訪問看護と、
日常的に情報を共有する

家族の介護力把握
介護疲れの背景を確認し、
寄り添いながら家族の思いを受け止める

服薬管理介入
患者の認識力・生活状況に合わせて、
きめ細やかに介入する



服薬確認と支援の流れ

1. 薬を持参

↓

2. 残薬・飲み方を確認

↓

3. 自己管理可能か評価・判断

↓

4. 自己管理困難時の対応

家族の協力
サポート・管理を相談
必要に応じて指導

社会資源の活用
介護保険を利用し
訪問看護を導入

つばさクリニック
TSUBASA CLINIC

症例紹介：基本情報と社会背景

79歳 女性

透析歴 27年

主診断・背景
慢性腎不全 / 認知症あり

要支援2から要介護1へ
2025年9月に変更

長谷川式テスト

2023/10	23点
2024/3	23点
2025/8	17点
2026/10	14点

生活環境

息子と二人暮らし

日中は独居状態。息子の就労状況に合わせたサポート体制が必要。

内服・処方状況

アリセプト5mg/日
2024年10月から

服薬忘れが増え、
自己管理から家族管理へ移行

通所介護サービス

週1回のデイサービス利用

訪問診療との連携

訪問診療開始（2025年1月）

在宅主治医と透析クリニックで、随時情報を共有

つばさクリニック
TSUBASA CLINIC

事例

生活の変化に合わせて支援をつなぐ

当初：内服は自身で管理／来院は独歩／帰りは同居の息子が迎えに来る

2023/11	2024/2	2024/10	2024/12	2025/1	2025/8	2026/8〜
介護認定	**運動介入**	**服薬管理**	**タクシー通院**	**訪問診療**	**介護区分見直しと送迎**	**ヘルパー介入**
介護認定を申請	体力低下を自覚 透析前の運動を開始 数日後に転倒	内服忘れ増加 息子が管理 連絡ノート開始 近医で処方 アリセプト開始	介護認定更新 要支援2を継続 タクシーで通院	在宅主治医と透析施設が情報を共有	介護区分を見直し 9月に要介護1 8月から行きの送迎バスを利用	自宅からバス乗車場所までヘルパーが付き添い

変化を捉え、家族・在宅・透析施設で情報を共有し、必要な支援につなげる

つばさクリニック
TSUBASA CLINIC

看護の目指す方向性

目的・看護師の役割

高齢透析患者支援の目標

高齢透析患者みずからの「生きる力」を支え、自立した療養生活をともに構築する

聴く

患者・家族の話を丁寧に聴き、日常の困り事を把握する

家族もみる

家族の介護負担・心理的負担・生活状況を確認する

つなぐ

介護認定、ケアマネジャー、訪問看護等の社会資源につなぐ

連携する

情報を多職種で共有し、チームで継続的に支援する

まとめ：透析看護に求められる役割

1

看護役割の変容

透析患者の高齢化に伴い、透析室看護は単なる「安全な透析施行」から　**「患者の生活全体を支える看護」**へと変化している。

2

多職種チームケアの強化

独居・高齢世帯への介入において、家族・介護施設・ケアマネジャー・訪問診療と密接に連携し、包括的な生活継続の基盤を作る。

3

地域での「その人らしい暮らし」の実現

患者が住み慣れた地域で、自立性と尊厳を保ちながら通院・療養生活を継続できるようサポートし続けることが、今後の透析看護の鍵となる。

ご清聴ありがとうございました

つばさクリニック
TSUBASA CLINIC