

自主機能評価指標（2024 年 12 月末現在）

I. 施設の状況

1. 施設の設備

①施設の種別	無床診療所
②病床数	0 床
③ペーシェントステーション台数（透析ベッド数）	51 床

2. 施設の機能

①準夜透析の可否（21 時以降終了）	可
②透析室の終了時間（通常時の最終透析回収時間）	22 時 30 分
* 透析の開始時間	8 時
* 長時間透析の可否（5 時間以上）	可
③オーバーナイト透析の可否（日をまたがる透析で 6 時間透析以上）	可
④在宅血液透析の可否	可
⑤オンライン HDF の可否	可
* 間歇補充型 HDF（I-HDF）の可否	可
* CAPD の可否	可
⑥シャント手術の可否	不可
⑦PTA の可否	可
⑧障害者自立支援医療機関かどうか	自立支援医療機関である
⑨処方区分（院内処方・院外処方）	院外処方
⑩腎代替療法実績加算の有無	有
⑪下肢抹消動脈疾患指導管理加算の有無	有

3. 医療スタッフの状況

①透析に関わる医師数	常勤：1 名	非常勤：15 名
②透析医学会会員の医師数	3 名	
③透析専門医の人数	3 名	
④透析技術認定士の人数	5 名	
⑤透析に関わる看護師数	常勤：11 名	
⑥腎不全看護認定看護師の人数	0 名	
⑦慢性腎臓病療法指導看護師の人数	0 名	
⑧透析に関わる臨床工学技士数	常勤：11 名	非常勤：1 名
⑨血液浄化専門臨床工学技士の人数	0 名	
⑩認定血液浄化臨床工学技士の人数	1 名	
⑪透析に関わるメディカルソーシャルワーカーの人数	0 名	
⑫管理栄養士の人数	非常勤：2 名	

* 組織体制の状況

* 医療安全委員会の有無（災害、感染対策を含む）	有
* 事故報告体制の有無	有

II. 患者の状況

①外来 HD 患者数	127 名
②外来 PD 患者数	1 名
③外来透析患者に対する後期高齢者患者の比率	29.1%

Ⅲ. 治療指標（外来 HD 患者対象）

①腎性貧血管理（Hb 10.0 g/dL 以上の比率）	81.9%（平均：11.2g/dL）
*ESA 使用量（ESA 製剤エポジン換算 9000U/週以下の比率）	98%（平均：1565U/週）
*ERI【ESA（U/週）/Hb（g/dL）/DW（kg）】9.44 未満の比率	94.5%（平均：2.7）
*TSAT 管理（TSAT20%以上の比率）	74.0%（平均：27.8%）
②P 管理（P 6.0 mg/dL 以下の比率）	88.2%（平均：4.7mg/dL）
*補正 Ca 管理（cCa10.0 mg/dL 以下の比率）	98.0%（平均：8.7mg/dL）
③PTH 管理（iPTH 240 pg/dL 以下 または WholePTH 150 pg/dL 以下の比率）	85.0%（平均：158.8pg/dL）
④透析時間（4 時間以上の患者の比率）	100%（平均：5.3 時間）
⑤透析時間（5 時間以上の患者の比率）	78.0%
⑥透析時間（6 時間以上の患者の比率）	31.5%
⑦透析量（sp Kt/V 1.2 以上の比率）	89.0%（平均：1.82）
*β2MG 管理（β2MG 30mg/L 以下の比率）	85.0%（平均：25.1mg/L）

自主機能評価指標（2024 年 12 月末現在）～本院は全国平均より透析量が多く「長生き」が期待出来る良好な検査結果が得られています～

本院も施設会員となっております日本透析医会は自主機能評価指標の項目を選定し、自律的に自らの診療内容や医療の質の評価を公開することを勧めており、本院でも選定された全ての評価指標項目を公表しております。

*は「日本透析医会の自主機能評価指標でない」ものの本院で更に公開している項目です。

I-2 施設の機能における本院の特徴としてオーバーナイト透析（深夜透析）や在宅透析方法である腹膜透析（PD）及び在宅血液透析（HHD）双方に対応している事があげられます。深夜透析や HHD 実施によっても、良好な生命予後が期待出来る長時間透析実施に繋がっています。また、本年からオンライン HDF に加えて、間歇補充型 HDF（I-HDF）も本院では実施可能であることを本指標でも公開しました。

Ⅲの治療指標は透析治療結果を反映するものです。本院での腎性貧血管理は生命予後の観点からも鉄欠乏のリスクを高める赤血球造血刺激因子製剤（ESA）が過剰とならない事も目指しており、TSAT（鉄飽和率）20%以上に鉄が充足されていると生命予後良好¹⁾や PIVOTAL 研究にて鉄剤の積極的投与群と鉄欠乏にいたってから鉄補充を行う消極的投与群との比較で、積極的投与群で ESA 投与量や輸血が有意に少なく、心不全入院、心筋梗塞や

全死亡が有意に少なかった事が報告²⁾されており、鉄剤の積極的な投与によりヘモグロビン (Hb) 平均値 11.2 (中央値 11.0) g/dL と共に、貯蔵鉄の指標であるフェリチン (ferritin) 平均値 236 (中央値 175)、検査実施 2019 年 11~12 月) ng/mL と以前より上昇しており、ESA 投与量が少ない方³⁾やエリスロポエチン抵抗性指数 (ERI) 低値での生命予後良好⁴⁾が報告されており、ESA 投与量が少ない ERI 低値の患者様が多くいらっしゃいます。日本透析医学会の 2015 年版 慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン⁵⁾に従い Hb10~12g/dL を目標値としつつ、同じく生命予後との関連も明らかとなってきております鉄の状態にも引き続き注意していきたいと存じます。

副甲状腺ホルモンの数値である iPTH 平均値 158.8 (中央値 135) pg/dL と以前より上昇しておりますが、PTH 値と生命予後との関連が低かった報告⁶⁾もあり、日本透析医学会の慢性腎臓病に伴う骨・ミネラル代謝異常 (CKD-MBD) の診療ガイドライン⁷⁾においても、異所性石灰化予防及び生命予後の観点からリン (P) 値、補正カルシウム値 (cCa)、副甲状腺ホルモン (PTH) 値の順に優先して良好な値を目指すべきとされており、cCa 平均値は 9 を超えている全国平均よりも低い 8.7 (中央値 8.7) mg/dL、cCa10 mg/dL 以下の割合 98% の良好な数値となっております。実際、上記 CKD-MBD の診療ガイドラインに「透析患者においては血清 Ca 濃度がたとえ管理目標値内であってもできるだけ低く保つ方が生命予後を改善する可能性が示唆された」との記載がなされております。しかしながら、透析患者様においても重篤な不整脈の原因となる心電図変化で生命予後との関連も報告⁸⁾されている QT 延長が低 Ca 血症では多く見られることがわが国の統計調査結果でも報告⁹⁾されており、低血圧や下肢つりの原因となることもあり得ますので、現在の本院平均及び中央値辺りの cCa 値を今後も目標値としていきたいと考えております。なお、血清アルブミン (Alb) 値 4g/dL 未満では補正式で cCa を算出します。

週 18 時間の 6 時間透析 (長時間透析) 施設での高血圧管理及び生命予後良好が報告¹⁰⁾されており、日本透析医学会血液透析処方ガイドライン¹¹⁾でも生命予後と関連するため透析時間は 4 時間以上が推奨されており、本院施設透析患者様で 4 時間未満の短時間透析の方はいらっしゃらず、平均透析時間は 5 時間を超えており 8 割弱の方が 5 時間以上の透析、3~4 人にお一人は週 18 時間以上の長時間透析をお受け頂いております。透析量の指標である spKt/V1.2 未満の一部の方は透析導入間もない方や HHD にて週 4 回以上の頻回透析をされておられ本院施設透析時に短時間透析で前後採血を行っている方で、高血液流量透析も実施している本院平均 spKt/V 値は 1.82 で 2009 年末のわが国の慢性透析療法の現況にて spKt/V1.8~2 の方が最も (次いで 2 以上の方の) 生命予後良好が報告¹²⁾されています。

透析アミロイドーシスの原因蛋白 β 2-ミクログロブリン (β 2MG) 値は低値程生命予後良好が報告¹²⁾されており、日本透析医学会血液透析処方ガイドライン¹¹⁾では 30mg/L 未満、可能であれば 25mg/L 未満が目標とされており、本院平均 β 2MG 値 25mg/L の「長生き」が期待出来る良好な数値となっております。

その他、公開をご希望される項目などございましたら、本院スタッフまでお申し出ください。

「元気で長生き」を目標に可能な範囲でより良い治療結果が得られるよう皆様と共に今後も歩んでいきたいと考えておりますのでご理解とご協力を宜しくお願い申し上げます。

参考文献

- 1) Hyang Mo Koo, Chan Ho Kim, Fa Mee Doh, et al. The Relationship of Initial Transferrin Saturation to Cardiovascular Parameters and Outcomes in Patients Initiating Dialysis. *PLoS One*. 2014;9(2): e87231.
- 2) Iain C Macdougall, Claire White, Stefan D Anker, et al. Intravenous Iron in Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis. *N Engl J Med*;380(5):447-58, 2019.
- 3) Bae MN, Kim SH, Kim YO, et al. Association of Erythropoietin-Stimulating Agent Responsiveness with Mortality in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *PLoS One* 2015;10(11):1-13.
- 4) Rieko Eriguchi, Masatomo Taniguchi, Toshiharu Ninomiya, et al: Hyporesponsiveness to erythropoiesis-stimulating agent as a prognostic factor in Japanese hemodialysis patients: the Q-Cohort study. *J Nephrol*. 28(2): 217-25, 2015 DOI:10.1007/s40620-014-0121-9.
- 5) 日本透析医学会. 2015 年版 慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン. 透析会誌 2016;49(2):89-158.
- 6) Fukagawa M, et al: Abnormal mineral metabolism and mortality in hemodialysis patients with secondary hyperparathyroidism: evidence from marginal structural models used to adjust for time-dependent confounding. *Am J Kidney Dis* 63(6):979-87, 2014
- 7) 日本透析医学会. 日本透析医学会の慢性腎臓病に伴う骨・ミネラル代謝異常 (CKD-MBD) の診療ガイドライン. 透析会誌 2012;45(4):301-356.
- 8) Simonetta Genovesi, Emanuela Rossi, Michela Nava, et al. A case series of chronic haemodialysis patients: mortality, sudden death, and QT interval. *Europace* 2013;15:1025-1033
- 9) 一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況 (2019 年 12 月 31 日現在)」, 透析会誌 2020;53(12):579-632.
- 10) 前田利朗. 6 時間透析における生存率-20 年間の経験から. 日本透析医会雑誌 2010;25(1):95-100.
- 11) 日本透析医学会. 維持血液透析ガイドライン: 血液透析処方. 透析会誌 46(7): 587-632, 2013
- 12) 日本透析医学会統計調査委員会. わが国の慢性透析療法の現況 (2009 年 12 月 31 日現在). 日本透析医学会雑誌 2011;44(1):1-36.