

## 自主機能評価指標（2021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ペーシエントステーション台数（透析ベッド数）	55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
*間歇補充型HDF（IHDF）の可否	可
⑤オンライン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	4名	
③透析専門医の人数	4名	
④透析技術認定士の人数	7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	1名	
⑧透析に関わる臨床工学技士数	常勤：10名	非常勤1名
⑨血液浄化専門臨床工学技士の人数	11名	
⑩認定血液浄化臨床工学技士の人数	0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：3名	

#### 4. 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	150 名
②外来 PD 患者数	5 名
③外来透析患者に対する後期高齢者患者の比率	28.7%

### 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）	82.7%（平均：11.1g/dL）
*ESA 使用量（ESA 製剤エポジン換算 9000U/週以下の比率）	97.3%（平均：1768U/週）
*ERI【ESA（U/週）/Hb（g/dL）/DW（kg）】9.44 未満の比率	93.3%（平均：3.1）
*フェリチン管理（フェリチン 300ng/mL 以下の比率）	93.3%（平均：129.0ng/mL）
*TSAT 管理（TSAT20%以上の比率）	77.3%（平均：28.6%）
②P 管理（P 6.0 mg/dL 以下の比率）	84.7%（平均：4.6mg/dL）
*補正 Ca 管理（cCa10.0 mg/dL 以下の比率）	99.3%（平均：8.8mg/dL）
③PTH 管理（iPTH 240 pg/dL 以下 または WholePTH 150 pg/dL 以下の比率）	86.7%（平均：149.4pg/dL）
④透析時間（4 時間以上の患者の比率）	100.0%（平均：5.15 時間）
⑤透析時間（5 時間以上の患者の比率）	74.7%
⑥透析時間（6 時間以上の患者の比率）	19.3%
⑦透析量（sp Kt/V 1.2 以上の比率）	94.0%（平均：1.83）
*β2MG 管理（β2MG 30mg/L 以下の比率）	80.0%（平均：25.8mg/L）

～当院の良好な透析治療結果のご案内～

当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、当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。Ⅲの治療指標は透析治療結果を反映するものです。

当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<sup>1)</sup> や近年 PIVOTAL 研究にて鉄剤の積極的投与群と鉄欠乏にな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と報告<sup>2)</sup> 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 11.1（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 129.0（中央値 73.3）、検査実施 2021 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がわが国でも報告<sup>3)</sup> されており、鉄の値と血を固める作用を持つ血小板数に逆相関が認められ鉄剤による ESA 減量及び血栓症予防効果が推察<sup>4)</sup> されており、沖縄での ESA による脳梗塞や心筋梗塞増加も報告<sup>5)</sup> 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<sup>6)</sup> 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。

iPTH（インタクトPTH）平均値 149.4（中央値 119.5）pg/dL と低下傾向ではありますが、PTH 値と生命予後との関連が低かった報告 7）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 8）に従い、心臓の弁や血管壁等の骨以外の部位に石灰沈着を来してしまう異所性石灰化予防及び生命予後の観点からもリン（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しており、cCa 平均値は 9 を超えている全国平均よりも低い 8.8（中央値 8.8）mg/dL、cCa10 mg/dL 以下の割合 99.3%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。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。

当院平均透析時間は 5 時間を超えており 4 人のうち 3 人の方が 5 時間以上の透析、5 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らで、当院平均 spKt/V 値は 1.83 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されています。

「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) Sato M, Hanafusa N, Tsuchiya K, et al. Impact of transferrin saturation on all-cause mortality in patients on maintenance hemodialysis. *Blood Purif* 2019;48:158-66
- 2) Macdougall G Iain, White C, Anker D Stefan, et al. Intravenous Iron in Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis. *N Engl J Med* 2019;380(5):447-58
- 3) Eriguchi R, Taniguchi M, Ninomiya T, et al. Hyporesponsiveness to erythropoiesis-stimulating agent as a prognostic factor in Japanese hemodialysis patients: the Q-Cohort study. *J Nephrol* 2015;28(2):217-25
- 4) Yessayan L, Yee J, Zasuwa G, et al. Iron repletion is associated with reduction in platelet counts in non-dialysis chronic kidney disease patients independent of erythropoiesis-stimulating agent use: a retrospective cohort study. *BMC Nephrology* 2014;15:119
- 5) Iseki K, Nishime K, Uehara H, et al. Increased risk of cardiovascular disease with erythropoietin in chronic dialysis patients. *Nephron* 1997;76:116
- 6) 日本透析医学会. 慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン. *日本透析医学会雑誌* 2016;49(2):89-158
- 7) Fukagawa M, Kido R, Komaba H, 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* 2014;63(6):979-87
- 8) 日本透析医学会. 慢性腎臓病に伴う骨・ミネラル代謝異常の診療ガイドライン. *日本透析医学会雑誌* 2012;45(4):301-56