

ESPENの術後早期回復プログラム に沿った 周術期管理および 令和4年診療報酬改定

日時：2023年5月9日
会場：神戸国際会議場

座長：
東邦大学医療センター大森病院
栄養治療センター 部長・教授
鷺澤 尚宏 先生

演者：
東京医科大学病院 栄養管理科 科長
宮澤 靖 先生

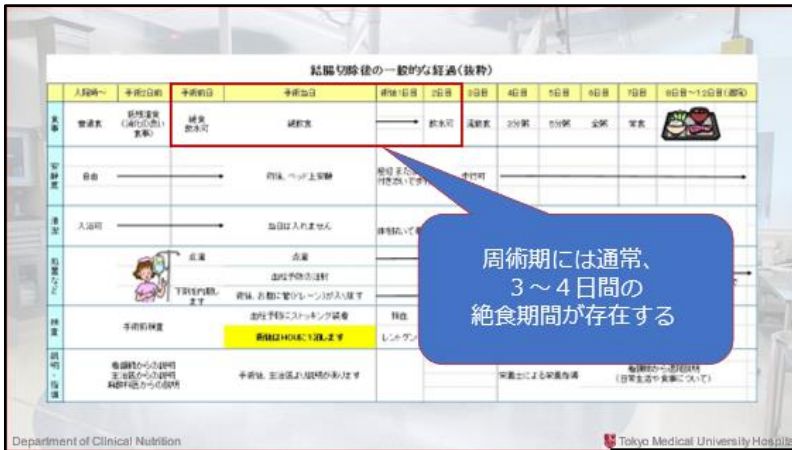
agenda

1. ERASが目標としているところ
2. ERASプロトコル
3. 12.5% maltodextrins
4. 令和4年診療報酬改定



1

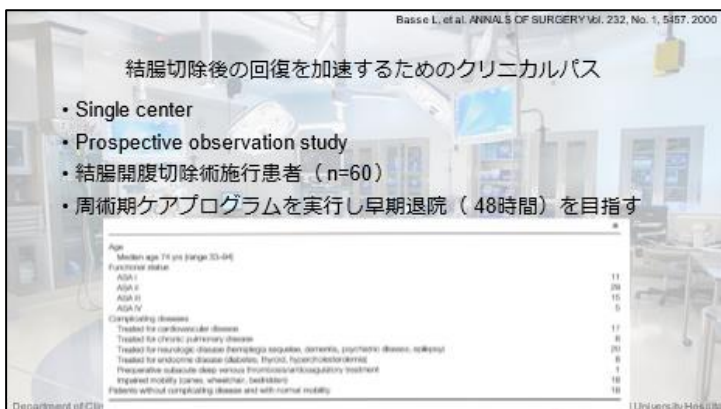
E SPEN、ヨーロッパの栄養代謝学会の術後早期プログラムというものがございます。我々はERASという言葉で表していますが、周術期管理におけるERASの有効性をお話しさせていただきます。本日はスライド1の4つのパートでお話をさせていただきます。(図1) ERASが目標としているところ、ERASのプロトコル、12.5%のマルトデキストリン、そして診療報酬のお話をします。



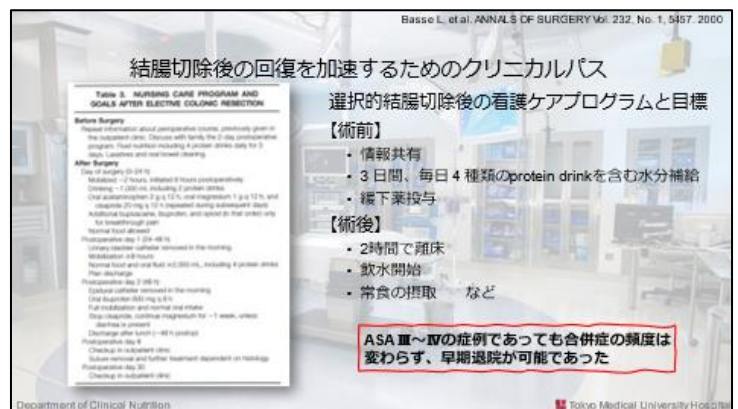
2

ERASが目標としているところはどこにあるのか？3日から4日の絶食は、患者さん、特に高齢患者さんには非常に重い負担を強いてしまいます。(図2) また患者さんの負担を減らして早期回復、入院期間の短縮、これらが我々医療従事者の目指すべきところですが、なかなかうまく今まではできていないのが現実です。そこで、この新しい侵襲期の管理を、いろいろな諸外国の先生をはじめ、日本国内でも多くの先生方の取組みにより、模索が始まったのが、ERASの原点です。今回のガイドラインを見ると、術直前の注意点というところに、麻酔導入6時間前までの軽食、及び2時間前までの飲水は誤嚥のリスクにならないということで、カテゴリも“A”の“I”という非常に高い推奨がなっています。また、経口摂取に問題ない証明として手術前の

絶食は必ずしも必要ではないということも書かれています。また、麻酔導入2時間前までは飲水は、口喝・空腹感の軽減に有効であるとか、手術侵襲からの回復を促進するというを目的として、早期に経口摂取もしくは経腸栄養を開始しましょうとガイドラインに盛り込まれています。これはガイドラインであり、必ず守らなくてはならないルールではないのですが、多くの施設ではこれに準じた形で本当に術直後の患者さんのサポートをしているかどうか、ということが問題だと思っています。ERASが目標としているところは、今のお話したところを是正する、例えば術前長期にわたる絶食期間を回避、術後早期に経口摂取、あとは術後栄養管理の術後管理への包括、術後管理というのは栄養だけではないので本格的に栄養もきちんと見ていこうということ、また血糖管理も重要ですし、異化状態や消化器機能障害を回避しなければいけない。そして特に高齢者になりますと、早期離床というのが、非常に重要なポイントになります。



3

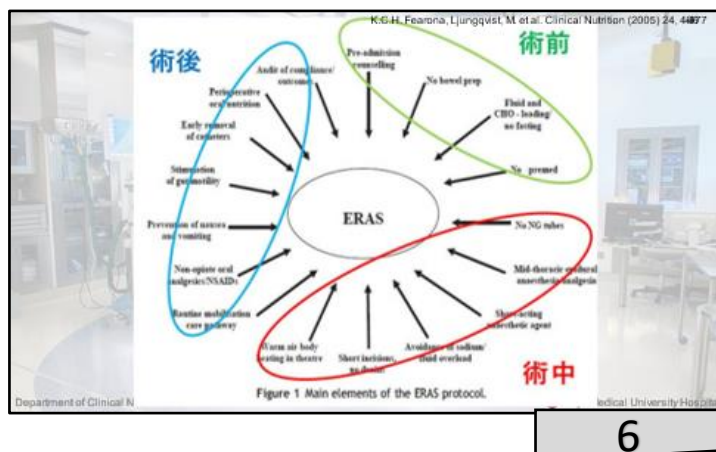
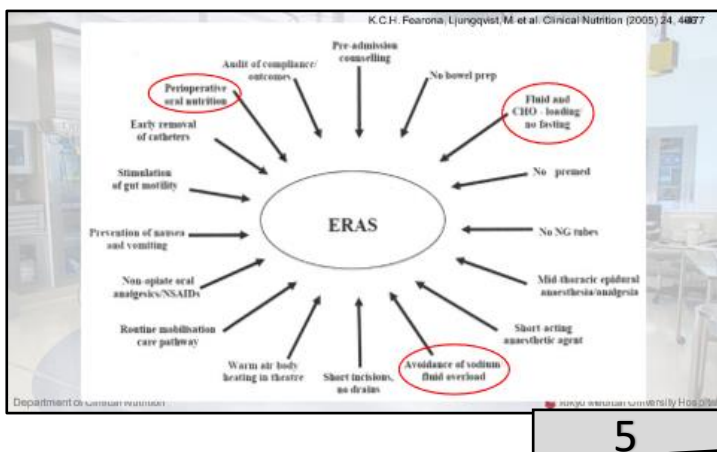


4

先ほどの結腸切除の回復を加速されるためのクリニカルパスの報告がございませう。結腸の開腹切除術を施行された60名に対して早期回復、48時間で退院するというを目標とするということでこの周術期ケアプログラムを施行してどうなるか検討した研究です。平均年齢が74歳ということですので、比較的日本の症例にも近い対象と思ひます。結腸切除の開腹術30例と腹腔鏡下手術が30症例で、合計60症例で検証しています。疾患は、がん、COPDの患者さん、HIVの患者さんです。結果、開腹手術をされた患者さんも腹腔鏡下手術でも在院日数には、差が全くないということ。睡眠に関しましては、やはり腹腔鏡下手術で行われたほうが熟睡度は高いという差が出たんですけども、それ以外消化管や運動の肺機能には差がないという報告例がなされ、術式による差というのはERASには関係ないことが示されています。(図3・4)

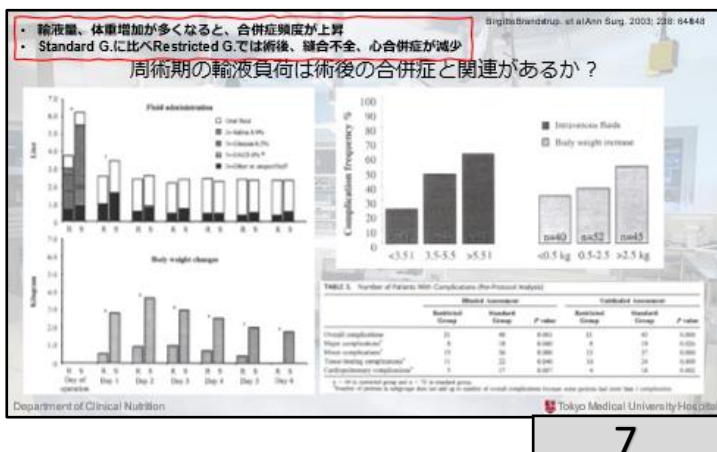
ERASのプロトコルの原点というのは今お示したように、経口摂取を早期に開始しても問題がない、ここが一番の原点です。周術期回復プログラム（ERAS）を実施すれば、非常に状態の悪い症例でも早期退院が期待できるということ。早期退院ができるということは、早期機能回復も期待できるということ。これがERASのプロトコルの原点になっていくと思っております。

ERASプロトコルというのは、2005年に報告されたのが最初です。今回、本学会に来日される、Olle Ljungqvist先生のグループが、このERASの提唱者です。日本ERAS学会という学会が立ち上がります。今週末、Olle Ljungqvist先生と私は、一緒に今週末の日曜日に講演をさせて頂く機会を得ました。ERASというのは栄養だけではない。無駄な胃管挿管をしないと非常に重要ですし、早期離床、下剤の使用量を減らすなどいろいろな取り組み、これら17項目あります。（図5）主に術前のプロトコル、術中のプロトコル、術後のプロトコルという3パーツに分かれています。（図6）この全体をERASと呼んでいます。栄養に関しては3つあり、糖質のローディング、これは後程ご説明をしたいと思います。それから絶食期間の短縮ですね、それから術中の輸液の量、これをどうするかということをもたえていきましょうということ。そして術後は、なるべく早い段階で経口摂取を進めると。ERASの栄養に関してはこの3つということになりますので、今日はこの3つに集約してお話をさせていただきます。



まず術中ですが、周術期の輸液負担、これは術後の合併症を1999年から2001年にかけて、結腸切除術を施行した、172名に関して制限したグループと標準的なレジメで処方されたもので、2群比較をしており合併症、死亡率、副作用を検証しています。結果としてやはりスタンダードの方が輸液の総量が多くなりますから、当然体重も多くなる。これはもちろん骨格筋が増えて体重が増えたわけではなくて、水分増加であり、体重増加が多くなりますと合併症の頻度が高くなっていくという報告で、スタンダードグループに比べ水分量を制限したグループの方は、術後縫合不全、心臓の合併症、循環系の合併症も軽減するということが可能であるということですので、やはり周術期に輸液を負荷してしまいますと、先ほど言ったERASの目的が果たせなくなるということになってきます。

（図7）日本麻酔科学会の術前絶飲食ガイドラインが、2012年に発行されております。清澄水というものが、定義づけられており、この清澄水というのは、お水やお茶、それから果肉を含まないりんごジュースとかオレンジジュース、それからミルクを含まないコーヒーを清澄水と定義づけられています。日本麻酔科学会のガイドラインでは、年齢を問わず麻酔導入2時間前までは安全であり、推奨度“A”というカテゴリーで示されています。（図8）そして量は、やはり患者が飲める範囲内で摂取は可能ですよ、と。そして浸透圧や熱量が高い飲料、アミノ酸の含まれている飲料は、胃の排泄時間が遅くなるという可能性があるので注意が必要です。そして脂肪含有や食物繊維が含有飲料やアルコール、これは推奨できないということですので、この辺を注意しながらやはり2時間前までは安全であるということがやはりこのERASと連動しているところなのかなと思っております。



日本麻酔科学会 術前絶飲食ガイドライン

5. 清澄水（セイチョウスイ）
推奨
清澄水の摂取は年齢を問わず麻酔導入2時間前まで安全である。（推奨度 A）

摂取量については、複数の研究が最大で体重あたり 10mL [7, 8, 16] あるいは無制限 [9, 10, 13-15] を採用しており、患者が飲める範囲内での摂取は可と考えられる。

上記の研究を考慮すると、水、茶、アップルあるいはオレンジジュース（果肉を含まない果汁ジュース）、コーヒー（ミルクを含まない）などの使用が可能である。浸透圧や熱量が高い飲料、アミノ酸含有飲料は胃排泄時間が遅くなる可能性があるため注意が必要であり [21]、脂肪含有飲料、食物繊維含有飲料、アルコールの使用は推奨できない。

糖というお話をしましたけれども、術前の経口炭水化物摂取、これは本当に効果があるのかどうかというものをちょっと見てみました。重視しておりますのが、メタ解析であり、22個のRCTにより、血糖の変化、それから血中のインスリン濃度、それからインスリンの感受性ですね。それから胃内pH、入院期間その他いろいろですね。アウトカム指標としてこのメタ解析は分析されており、やはり経口の炭水化物摂取、糖液ですね。この群とプラセボ群と比較しますとインスリンの抵抗性が減少していくということがメタ解析にて証明されております。(図9)したがって、やはりこの糖液というのが非常に重要な要素になってくるということになったと思います。

糖質、炭水化物は何でもいいのか? ESPENのガイドラインには12.5%糖液が、推奨されております。先ほどOlle Ljungqvist先生方のグループのご報告例ですけれどもこの報告例によると、術前夜が約800ml、そして術当日に麻酔がかかる2~3時間前に400mlの12.5%の糖液を摂取することにより、患者さんの飢餓感、そして不安が減少し、術後にインスリン抵抗性が改善すると示されています。(図10)

術前の経口炭水化物摂取(CHO)は効果があるのか?

- Meta-analysis
- PubMed, Cochrane Library, EMBASE などから randomized controlled trials を収集
- 22 RCTS
- Outcome: 血糖の変化、血中インスリン濃度、インスリン感受性、胃pH、入院期間、ICU滞在期間、術前の口渇感、不安、術後の嘔吐、腹痛など

Author	Year	n	CHO	Control	Outcome
Wang et al.	2014	100	CHO	Control	Insulin resistance
...

CHO群はプラセボ群と比較し、インスリン抵抗性が減少していた。

Department of Clinical Nutrition Tokyo Medical University Hospital

9

12.5%糖液の有効性

術前夜に800mL、術当日2~3時間前に400mLの糖液(12.5%)を摂取することで、患者の飢餓感、不安が減少して、術後インスリン抵抗性が減少

Fig. 2 Relative change (postop vs. control change) in glucose infusion rates (GIR), whole body glucose disposal rates (WBGD), and glucose oxidation rates (GOX) in patients undergoing total hip replacement surgery pretreated with a carbohydrate-rich beverage (n = 8) (carbohydrate) or placebo (n = 7) (placebo). *P < 0.05; **P < 0.01 vs. placebo.

Department of Clinical Nutrition Tokyo Medical University Hospital

10

そして2018年のヨーロッパのERAS学会のガイドラインで、糖質の飲料が患者さんのクオリティーを向上させるためのエビデンスとしては非常に高いということ、つまり患者さんの術後の状態を高めるものでやはり糖液等が含有されたものを摂取することで、患者さんに非常に有効と示しています。やはり先ほどのESPENと同様のことですが、マルトデキストリンですね。何でも糖がいいというわけではなく、この12.5%のマルトデキストリンがいいということですね。そしてこのような浸透圧、非常に腸管の浸透圧と近いというのがメリットになります。これを前日に800mlと麻酔の2~3時間前に400ml服用すると非常にいい効果が得られます、と報告されております。さっきお話ししましたこの12.5%のマルトデキストリンでございます。マルトデキストリンという糖質は、スターチを加水分解低分子化したもので、マルトースとの中間に位置する多糖類のことで、何よりも濃度を濃くしても浸透圧を低く保つというのが、これが他の糖とは違うところですね。(図11・12)ですから、胃排泄とかですね。腸内を移動させるためには、やはり腸管の浸透圧と等圧に近い、つまりアイソニックドリンクであった方がいいという理論ですので、マルトデキストリンが一番いい。そして濃度も12.5%が非常に優れている。

Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018

11. Preoperative fasting and carbohydrate loading

Several RCTs have demonstrated that non-alcoholic clear fluids can be safely given up to 2 h, and a light meal up to 6 h, before elective procedures requiring general anesthesia, regional anesthesia or procedural sedation and analgesia in children and adults [120-122].

Preoperative administration of oral carbohydrates (complex CHO: maltodextrin, 12.5%, 245 kcal/50g, 400 ml) in the evening before surgery and 400 ml 2-3 h before induction of anesthesia has been shown to attenuate the catabolic response induced by overnight fasting and surgery [123]. CHO in RCTs has been shown to improve preoperative well-being, reduce postoperative insulin resistance, decrease protein breakdown and better maintain lean body mass and muscle strength, as well as beneficial cardiac effects. In a recent large RCT in 880 patients undergoing elective major abdominal surgery, oral CHO administration resulted in lower insulin requirements and less hyperglycaemia (>180 mg/dl) compared with placebo [124]. Another recent RCT in coronary artery bypass patients, reported that CHO significantly reduced myocardial injury [125].

Department of Clinical Nutrition Tokyo Medical University Hospital

11

12.5% drink of mainly maltodextrins

- マルトデキストリンはスターチを加水分解・低分子化したもので、マルトース(麦芽糖)との中間に位置する多糖類。
- 単糖類のマルトース、フルクトース(果糖)などに比べると、濃度を濃くしても浸透圧を低く保つことができ、低粘度で甘味度も低い(果糖の6~7割程度)ため味・甘味を調整しやすい。
- 消化・吸収もよいことから経腸栄養剤・流動食の炭水化物源として広く使用されており「preoperative carbohydrate treatment」の栄養素材として選択。

Department of Clinical Nutrition Tokyo Medical University Hospital

12

炭水化物ローディング

- エネルギーの基質である糖質は、速やかに代謝されるため体内の備蓄が少なく、絶飲食や持続的な運動などにより不足した場合、グリコーゲンの枯渇・遊離脂肪酸の酸化・糖新生による筋タンパク（糖原性アミノ酸）の消費などが知られている。
- 侵襲下での糖質の不足は低血糖やケトーシスの要因にもなり、これらを予防・軽減し侵襲時の代謝に備える

13

さらに、マルトデキストリンの有用性の一つは、やはり他の糖類と比べますと、消化吸収にも良いということです。この消化吸収が良いということで、日本国内でもこの経腸栄養剤とか流動食にも広く使われているということで今回のPre-operative Carbohydrate Treatmentの栄養素材として選択されたという背景があります。糖質というのは、速やかに代謝されるから皆さんご存知のとおりでございますが、残念ながら体内の蓄積という備蓄というのはあまり多くないと言われております。一般的にはグルコースが出てグリコーゲンとして肝臓に蓄えられますが、グリコーゲンの枯渇、遊離脂肪酸の酸化、糖新生によって消費が知られておりますけれども、侵襲下での糖質の不足はやはりここで低血糖やケトーシスの要因ということもあり、やはり侵襲期の代謝に備えるということで予防や軽減、こういったものがやはり炭水化物ローディングによってできるということになるかと思えます。（図13）

実際、今までのエビデンスを集約して、我々東京医科大学では、術前の絶飲食の見直しをガイドラインに照らし合わせて行いました。まず待機的な手術といたしましては、誤嚥や胃食道逆流率が高い場合それから消化管の狭隔、それから消化管機能障害、軌道確保困難、緊急の手術、リスクの高い妊婦さんの場合は、ESPENや麻酔科学会からの勧告も出ていますので、従来通りのプロトコルでいこうということで、ERASの適用外と見なしました。時間と飲料の種類ですけれども清澄水ですね。麻酔があるから2時間ぐらい、母乳は脂肪分が入っているから小児外科の常識では4時間ぐらい前まで、人工乳については牛乳になり、別の栄養分も含まれているので6時間。固形物は、欧米のガイドラインでは6時間前まで摂取、実際の推奨は、先ほどお話しした浸透圧が低いということが、非常に重要になりますので、糖の濃度が12.5%のマルトデキストリン含有飲料を、ESPENの推奨量どおりにプロトコルに入れていくということ。（図14）

もちろんこれは適用外の患者さんもいらっしゃる、飲めない患者さんもまれにいますので、お水やお茶、果肉を含まないジュース、コーヒー、こういったものを、良しとしよう。ただ、私たちが患者さんにお勧めするのは、やはり12.5%のマルトデキストリン飲料ということです。これが東京医科大学のERASの現状です。今日お示ししたのは消化器外科のパターンですけれども他の耳鼻科や脳外科、婦人科いろいろなところでERASを作っており、今日はお時間の関係で消化器外科のERASの現状だけご報告をさせていただきます。

午前中に手術予定、オペの予定がある患者さんにつきましては、夕食時に就寝前と朝食用、両方患者さんのもとにお届けすることにしています。合計800から1,200ml。これは担当医の先生と相談しながら、症例ごとに飲む量を決めています。朝400mlというのは必須にさせていただいており、残はそのまま回収しています。午後に予定手術の患者さんは、朝食を召し上がったあと昼食相当として用意します。この飲料に関して私どもが使っているのは、この”アクアファン@MD100”という製品です。（図15）

アクアファン@MD100は、日本で唯一の12.5%のマルトデキストリン飲料ESPENのガイドラインに沿った組成です。ERASを始めようとか、ERASに非常に興味を持ったから検討しようとか、こういった目的においては、やはりガイドラインに沿っているものは、有害事象の発生した場合にも対応できるので検討の一つになると思っています。術後ですけれども、絶食と早期経口摂取を比較すると、メタ解析があり、アウトカムは、やはり早期に食事を開始した方が、問題は少なく、創部の感染、肺炎の発生者も少ない報告例もあり、できる限り早期経口摂取というのを私たちはこれからも検討をすべきと思っております。（図16）

術前絶飲食の見直しとガイドライン

適応	適応外	時間と食物・飲料の種類
待機的手術	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥や胃食道逆流のリスクが高い場合 (ESPEN) 消化管狭窄、消化管機能障害、気道確保困難 緊急手術 リスクの高い妊婦 (日本麻酔科学会) 	清澄水 2時間前まで 母乳 4時間前まで 人工乳、牛乳 6時間前まで 固形物 6時間前まで (欧米のガイドライン)
推奨、注意事項 <ul style="list-style-type: none"> 低浸透圧の濃度12.5%炭水化物（マルトデキストリン）含有飲料の <ul style="list-style-type: none"> 術前夜：800mL (400kcal) 術当日2時間前まで：400mL (200kcal) の摂取を推奨 (ESPEN) 浸透圧や熱量が高い飲料、アミノ酸含有飲料は、胃排泄時間が遅くなる可能性があり要注意。(日本麻酔科学会) 		清澄水 <ul style="list-style-type: none"> 水・茶 果肉を含まないジュース コーヒー (ミルクを含まない) 清澄水に含めない <ul style="list-style-type: none"> 脂肪含有飲料・食物繊維含有飲料・アルコール

14

東京医科大学病院 消化器外科のERASの現状

【午前手術予定手術】

- 夕食時に就寝前用と朝食用を用意
- 合計800mL～1200mL 飲用を推奨 (症例により水分量は補正)
- 朝の400mLは必須 (入室予定の2時間前には飲み終える)
- 飲み残しは回収

【午後手術予定手術】

- 朝食時に朝食、昼食相当として用意
- 合計800mL 飲用を推奨 (症例により水分量は補正)
- 昼食相当400mLは必須 (入室予定の2時間前には飲み終える)
- 飲み残しは回収

15

絶食と早期経口摂取を比較すると、術後経過で差はあるか？

Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials

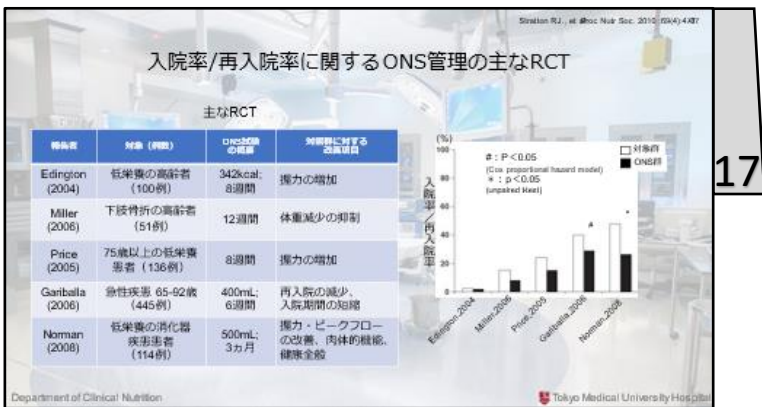
Stephen J Lewis, Matthias Egger, Paul A Sykes, Steven Thomas Topic: 33,92;133,299

Outcome	No. of trials
Anastomotic dehiscence	4
Infection: Any type	9
Wound infection	6
Pneumonia	7
Intra-abdominal abscess	3
Vomiting	3
Death	5

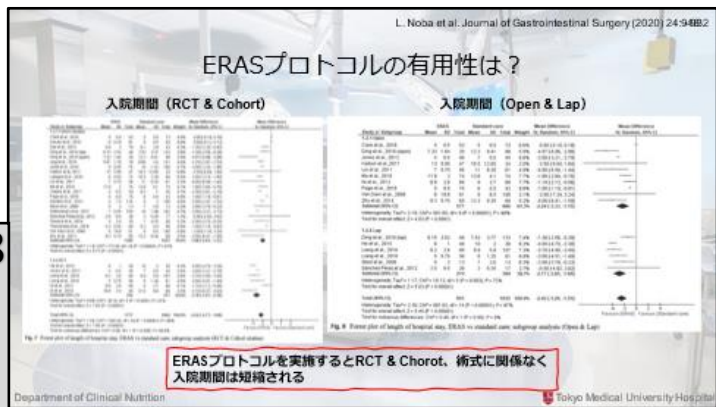
早期経口摂取で入院期間が減少した。縫合不全、死亡率、肺炎などは有意差がなかった

16

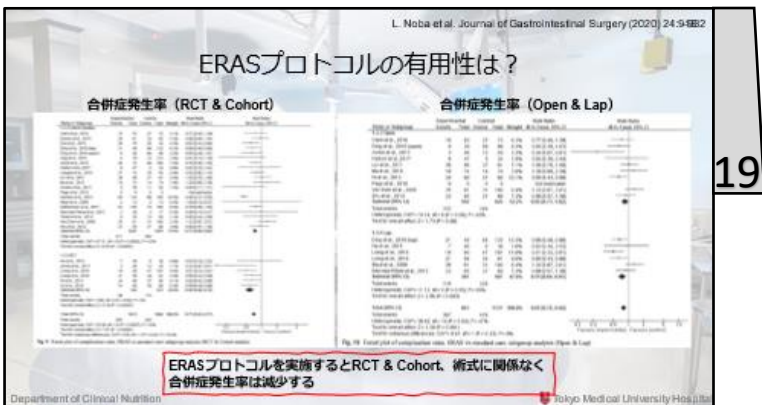
ONSがいいのか、それとも栄養が充足できたほうがいいのかというと、やはり栄養が充足できたことがよかった方が、比率としては高いのかもしれませんが。けれども、やはりこういったものをきちんと必要な患者さんには適切にご提供できるようにすればよいと思います。我々がERASを行うのは、患者さんのためになるわけであり、栄養科の収支を上げるためにやっているわけではないということを一早く管理栄養士の先生方にご理解を頂き、担当医、担当の看護師、薬剤師の先生方にカンファレンス等でご提案をして頂きたいと思っています。ERASの項目について、栄養のことだけお話をしましたけれども、そのほかの項目も遵守すると予後は良くなるのかということで、本当にERASというのは有用性あるのか、ということでメタ解析にて2020年の報告例でございますが、やはり両者ともERASの方が、有用性が高かったということ、入院期間も術式も関係なくERASの方がよいという報告です。それから合併症の発生率も同じくRCTとコホート研究でみています。また術式別でも見っていますが、両者ともに術式に関係なく、合併症の発生率は、減少するという報告です。(図17・18・19)



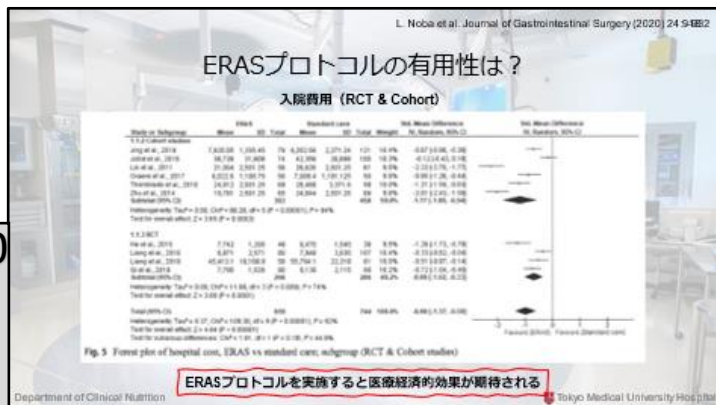
17



18



19



20

ただ今までお話ししたように感染症や入院期間の短縮、それから早期離床を考えますと、やはりERASプロトコルを施行するという事は、非常に患者の負担、そして医療従事者にとってのメリットが大きいと思っております。そして入院費用に関しましても、メタ解析されており、ERASのほうが有意に医療経済効果を期待できると、(図20)これは外国の報告例ですが、患者さんの合併症が少なり、早期退院が可能になることを考えると、日本でも同様の結果が得られるものと思っています。

厚生労働省が定める「医療従事者の職種の認定」に関する通知の抜粋です。

(2) 人員配置について報告することとされる、医療従事者の職種として厚生労働大臣が定めるもの改正 (第18条関係)

○ 規則別表第1第3の項第1号イ(i)、(ii)及び(iii)、ロ(i)(i)、ハ(i)(i)並びにニ(i)(i)において、病院、診療所、歯科診療所及び助産所における、人員配置を報告することとされている。人員配置について報告することとされる医療従事者の職種については、厚生労働大臣が定めることとされており、当該医療従事者の職種については本件告示第18条において規定しているところ、管理栄養士及び栄養士を追加することとする。

Department of Clinical Nutrition, Tokyo Medical University Hospital

21

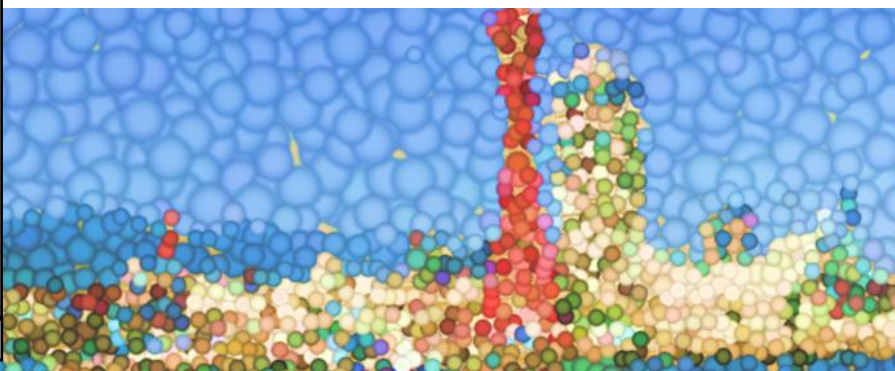
該当医療従事者職種については本件告示第18条に規定しているところに管理栄養士及び栄養士を追加するというのが5月1日付で正式に発布されました。今回、スピーディーに解決できたのは、衆議院議員の松本尚先生のおかげです。(図22)今回、この令和4年度の診療報酬改定、私は黒船が来たかと評価しております。今回の診療報酬の改定は、急性期に非常に手厚い診療報酬改定になったというのが特徴です。集中治療室にいたりとか周術期を診るという管理栄養士が、今回の診療報酬でこの特定機能病院だけに許可をいただきました。入院栄養管理体制加算、つまり病棟に管理栄養士が常駐することによって点数がもらえる。また周術期をきちんと見ることによって診療報酬が得られる。そしてICUの早期栄養介入加算も見直しを得るということで急性期から超急性期にかけての診療報酬が手厚くなったというのが今回の特徴です。

「適切な栄養管理の提供が不可欠となる」というメッセージを掲げ、ヘルスケアレ스토랑の紹介です。

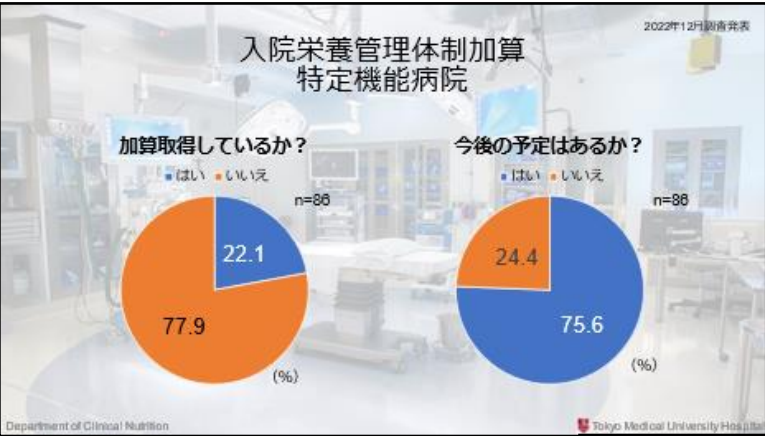
ヘルスケアレ스토랑
2023年4月号

Department of Clinical Nutrition, Tokyo Medical University Hospital

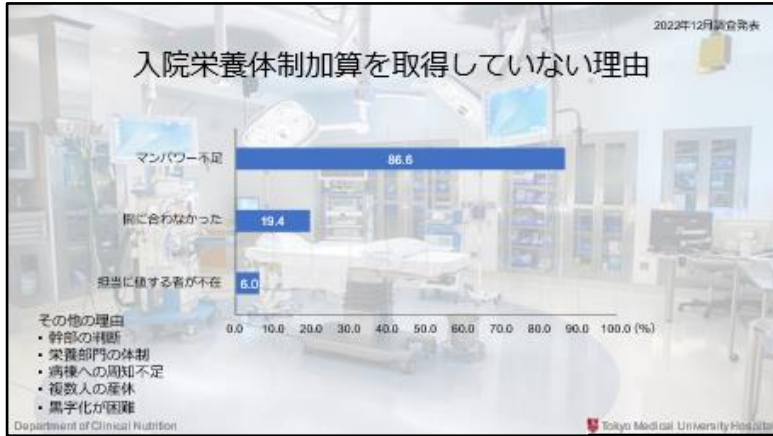
22



もう一つの特徴は、やはり私はこのNST加算にあると思っています。今回NSTの加算は非常にマイナーな変化でした。障害者施設、障害者病棟にも算定が拡大しただけで点数の上昇はないということです。これが何を意味するか、やはり管理栄養士が病棟にいることに対する診療報酬がついて、NSTの方がマイナーチェンジだったということは、今後このNSTの在り方自体も検討していかなくてはなりません。欧米諸国のコホート研究を見ますと入院の患者さんの低栄養の発現率は、平均すると35-40%ぐらいです。我々の施設、東京医大は904床ベッドですが、この報告の通り30%の低栄養が東京医大で発生していることとなります。NSTの症例だけで300床例いることになるわけです。でも実際はそんなにいません。ということは漏れている患者がいるということです。栄養サポートが必要だけれども、先生方のスキルが提供されていない患者さんがいるのではないかと厚生労働省は、話をするわけです。病棟に栄養士が常駐したら漏れが0%になるわけです。そのような状況ですから、このNSTの在り方というのも考え方を変えていく時期になってきたと思います。周術期栄養管理実施加算ということで270点数を頂戴することができました。非常に重要なのは、術前術後の適切な栄養管理と書いてあるんですね。つまり術前から入っていかなくちゃいけない。通り一遍の食事指導ではダメですよ、ということです。ですから、術前から入ってください。そうするとERASも一つの手法になってきます。それから集中治療室、これは特定集中治療室の管理料ですが、前回の診療報酬で新設されました。48時間以内に早期経腸栄養が始まりますと、7日間を上限に400点の点数が頂戴できるというインパクトのある点数でした。しかし、我々の施設でも48時間以内にICUで栄養を始められた患者さんというのは、昨年ベースで60%ぐらいです。40%介入はしているけれども点数はもらえなかったということです。昨年の4月の診療報酬では、栄養が始められなくてもきちんと専任の管理栄養士が配置されていて、十分な体制が整っていれば250の減点ではあるけれども点数は0点ではないですよ、という見直しがされたということです。ですから、集中治療室の多くの患者さんにこの点数が適用になったということで、当然これによってICU栄養士のモチベーションも上がるし、収入も上がってくるということです。昨年の12月に特定機能病院、これは国・公・私すべての大学病院です。早期栄養介入体制加算をどのぐらい算定していますか、というアンケート結果で、算定しているのが約57%、40数%の病院では大学病院ですらICUに栄養士を置けないというのが、現状です。(図23) また昨年の4月の診療報酬改定の栄養体制加算、病棟栄養体制加算、いわゆる常駐加算です。各病棟に管理栄養士が常駐することによっての点数。私たち急性期の栄養を専門にしている管理栄養士の20年来の悲願でした。前赴任地の近森病院でも病棟常駐を行いまして、今の東京医大でも病棟常駐化を昨年成功させましたけれども、昨年やっとお認めいただけました。入院時と退院期合わせて540点という非常に大きな点数です。

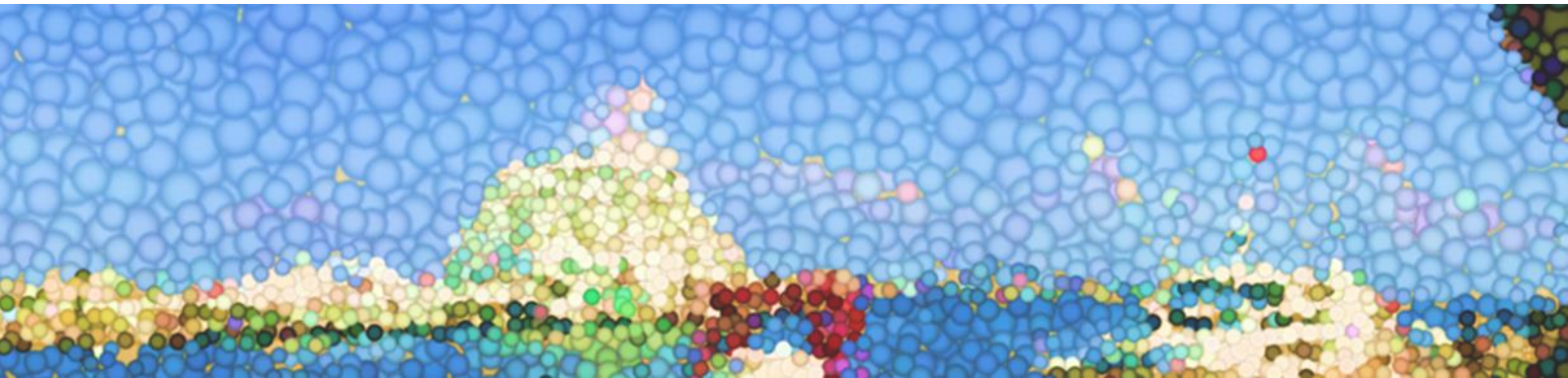


23



24

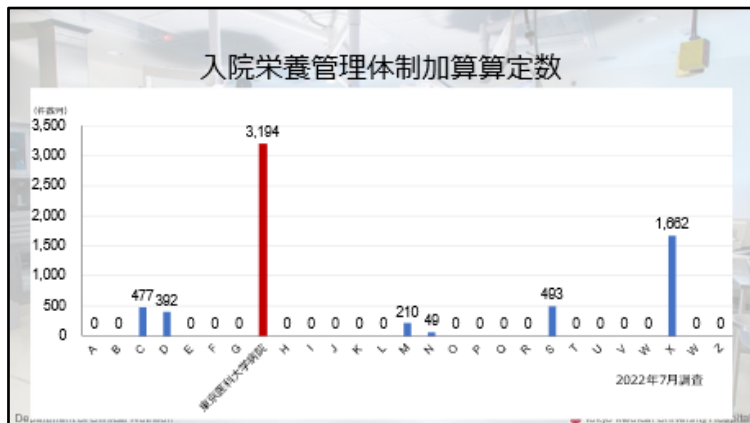
令和6年の診療報酬で何が何でも実施しなくてはならないことは、2点あります。まず一つは、この特定機能病院枠を撤廃したいということです。どこの施設においてもきちんと管理栄養士が、今後医療従事者になったわけですから、病棟で栄養サポートをきちんとすることによって正当な評価をいただける。すべての病院でこれを実施されなくてはおかしいと思っています。それともう一つは専従です。今、我々の施設は全病棟でこの体制加算において専従が条件です。厚生労働省の見解の専従は、100%なんです。病棟に担当している管理栄養士は外来ができない。これはもう本当に管理栄養士のキャリアを考えても失格なんです。この特定機能病院の枠を外すことと、この専従枠を外す、この2つをやらなくてはならないんです。国公私の特設機能病院を見ていると、2%しか加算は取っていません。4分の1のご施設では予定すらないという状況、これでは厚生労働省には全くもって説得できません。なぜできないのか?ということのアンケート結果もう第一位が圧倒的です。“マンパワー不足”。(図24) “間に合わなかった” これはいいですよ。診療報酬は、2月中旬から下旬に発表され、4月1日に施行です。つまり1カ月半なんです。それで間に合わなかったがなくて、担当に値するものが不在、教育体制不備ということだと思えます。やっぱりマンパワー不足って言うことはやっぱり一番大きな問題点だと思います。



そして来年の4月、すべての病院で入院栄養管理体制加算ができるかもしれない、間に合わなかったってことだけは避けておきましょう。これが私立大学の特定機能病院、本院ですね、の病棟常駐率、これ全国の私立大学病院、本院です。病棟常駐率です。去年の4月の段階ではこういう状況でございました。(図25・26)



25



26

実は私ども医療経済的な効果もあり、導入をさせていただいて、病棟を100%常駐にしました。そのときに使ったシミュレーションでございます。(図27)早期栄養介入加算の方は、介入できているけど栄養を始められない患者さんが40%、始められる患者さんが60%。当院はこの早期栄養介入体制加算の集中治療室が40床ございますので、約年間で5,000万円の収入が、上がってまいります。そして入院栄養管理体制加算です。これが7月のレセプト件数3,194件で換算しますと、約1億円ということになりますので、この2つの診療報酬だけで1億5,200万円の増収ということになるわけです。ですから、管理栄養士を8名増員させていただきました。実際、実際の算定数で見ると1年間で1億円というシミュレーションでしたが、7ヶ月間ですでに1億5,600万円加算が、さっきの早期栄養介入管理加算と合わせると2億円以上が実際の数字です。(図28)黒字化が困難ということではありません。今日、お集まりの栄養部門の先生方の部門は、コスト削減部門ではありません。コスト産生部門だということです。ぜひERASと一緒に覚えて帰っていただければと思っております。

病棟における栄養管理体制に対する評価
東京医科大学病院シミュレーション

早期栄養介入体制加算

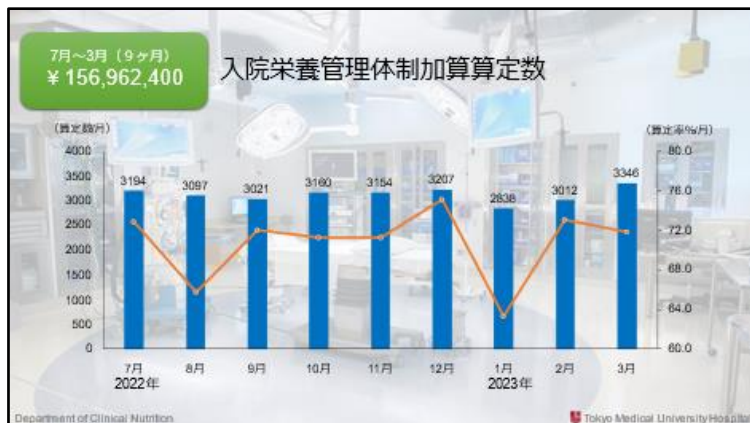
加算点数250点 40% 16床×250点×7日 = ¥280,000/週
 加算点数400点 60% 24床×400点×7日 = ¥672,000/週
 ¥952,000×52週 = ¥49,504,000

入院栄養管理体制加算

2022年7月のレセプト件数(3,194件)で試算すると・・・
 ¥103,485,600

年間増収予定額
 ¥152,989,600

27



28

Aqua fun® MD100

ESPENガイドラインに沿った
12.5%炭水化物含有飲料

アクアファンMD100は、炭水化物(マルトデキストリン)やナトリウム、カリウムなどミネラルおよびビタミンB₁を配合した100kcalの飲料です。

ガイドラインに準拠し、エネルギー、水分、電解質が美味しく補給できます。

様々な場面で活用

栄養成分表示(1パック200mlあたり)

エネルギー	100kcal
たんぱく質	0g
脂質	0g
炭水化物	25g
水分	182g
ナトリウム	160mg
カリウム	156mg
マグネシウム	2.2mg
ビタミンB ₁	0.5mg

AIDO

アイドゥ株式会社
 〒510-0943
 三重県四日市市
 西日野町256
 TEL:059-329-6920
 FAX:059-329-6917
 ✉info@ai-do.jp

