

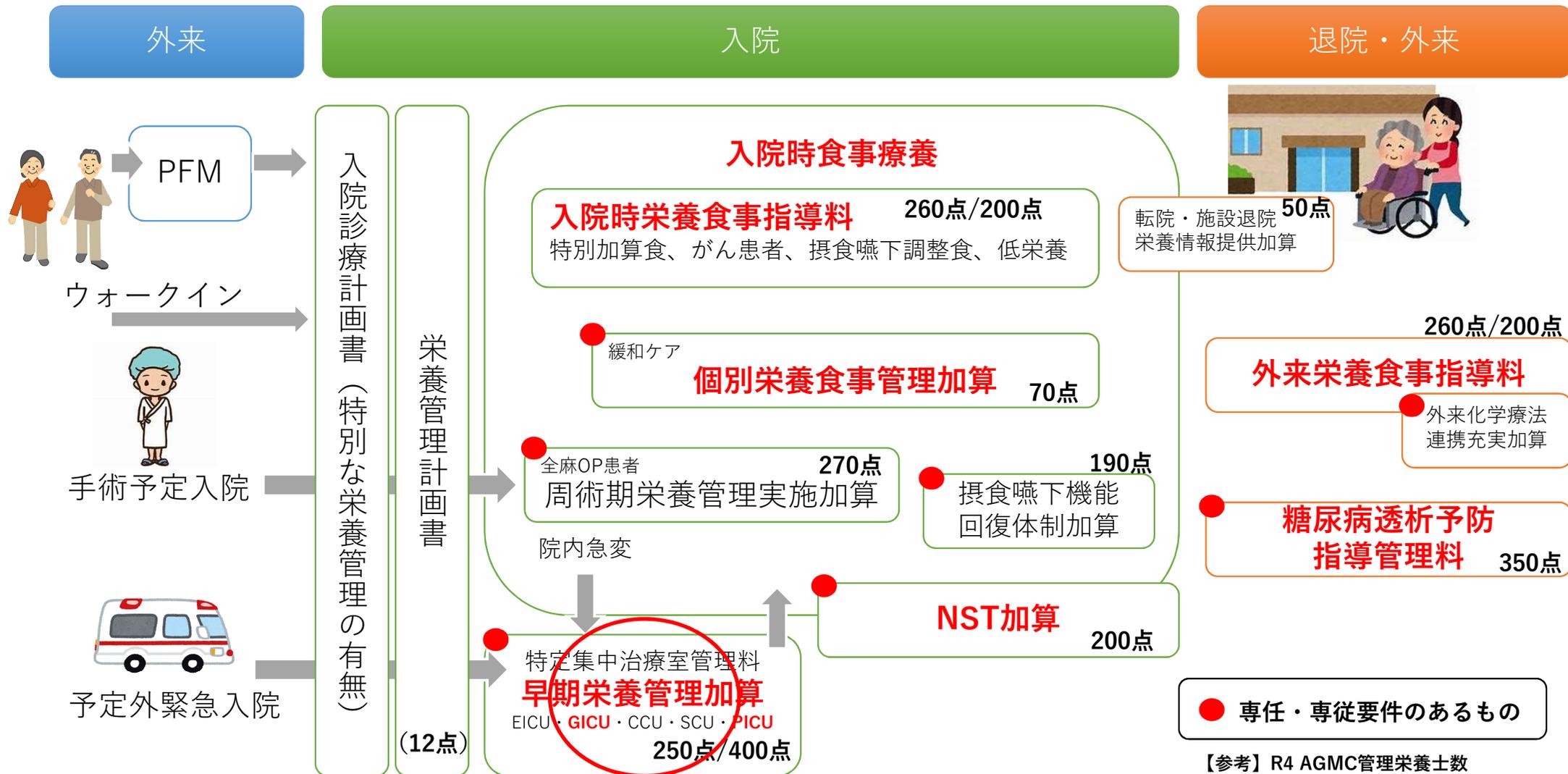
令和5年 策定

特定集中治療室における 早期栄養介入管理について

AGMC-QI22011

兵庫県立尼崎総合医療センター
栄養管理部

栄養管理部門の診療報酬（当院に該当するもののみ表記）と患者フロー



R4年6月からGICU、7月からPICUでの早期栄養介入管理開始

【参考】R4 AGMC管理栄養士数
 常勤：7名（うち経験年数5年以上6名）
 会計：12名（うち経験年数5年以上4名）

早期栄養介入管理加算

特定集中治療室に入室後早期から、経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、**7日を限度**として、所定点数に加算する。

入室した日から起算して7日を限度として**250点**（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は**400点**）を所定点数に加算する。

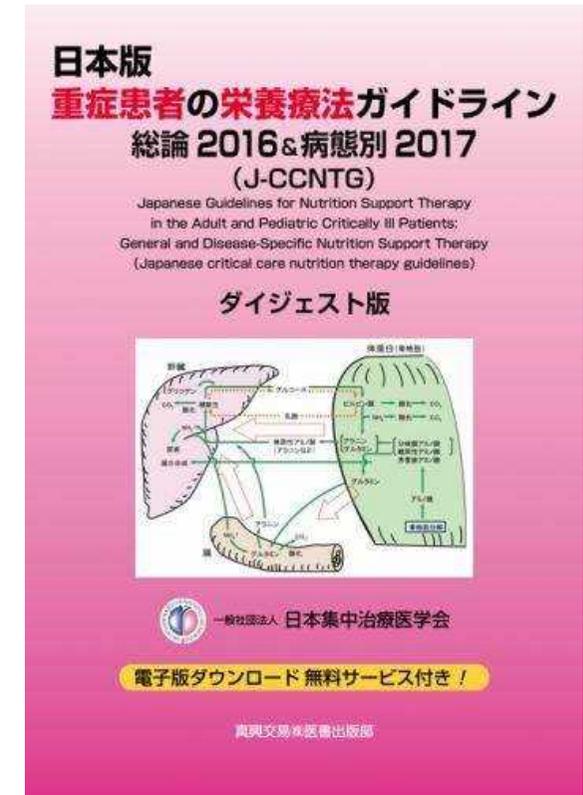
特定集中治療室へ**専任**管理栄養士の配置し下記を実施

- 入室後**48時間以内**に実施すること。
 - ア 栄養アセスメント
 - イ 早期栄養介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
 - ウ 腸管機能評価を実施し、入室後**48時間以内に経腸栄養等を開始**
 - エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリング
 - オ 再アセスメント 胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認
- アからオまでの内容を診療録等に記載すること。
- ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること
- 特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施



(参考) なぜ**栄養**が重要か？

- ICU入室患者の37.8%～78.1%が栄養障害
- 栄養状態が悪いと、ICU在室日数、全入院日数が長く、死亡率も高い
- 栄養状態が悪い患者は30日以内の再入院率も高い
- 栄養状態の悪いICU患者は、一般病棟入院患者の6.5倍もの医療費を要する



小児集中治療領域の栄養管理についてはガイドラインに記載は少ないが、成人領域と同じような結果が得られつつある。

多施設の小児ICUに98時間以上在室した患児5,105名において後方視的検討では、早期経腸栄養の施行は、死亡率の低下に関して独立した因子である (Mikhailov TA:JPEN J Parenter Enteral Nutr 38:459,2014.)

栄養管理部での検討経緯

- 2006年欧州静脈経腸栄養学会（ESPEN）のガイドラインを皮切りに重症患者における**早期栄養介入の重要性**が指摘



2006年、2009年、2019年
欧州静脈経腸栄養学会（ESPEN）ガイドライン
ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit



2009年 米国静脈経腸栄養学会（ASPEN）および米国集中治療医学会（SCCM）によるガイドライン
2021年 米国静脈経腸栄養学会（ASPEN）
Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition



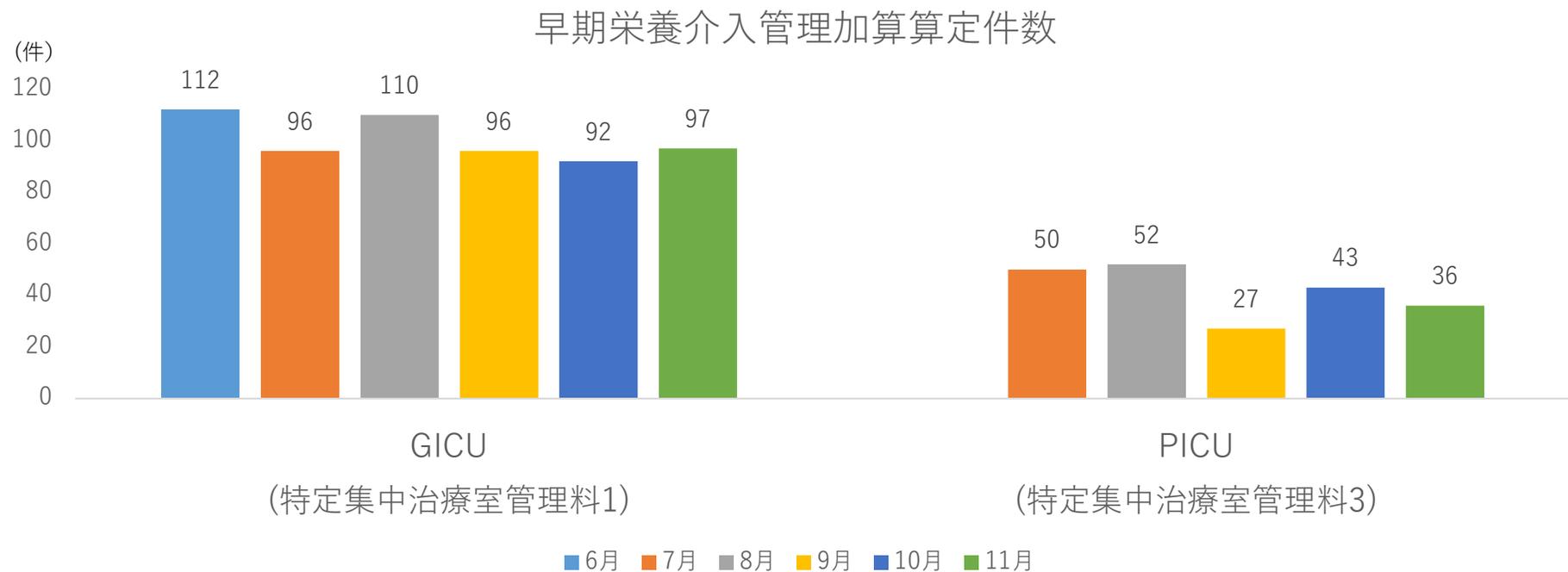
日本集中治療医学会
2016年 日本版重症患者の栄養療法ガイドライン：総論
2017年 日本版重症患者の栄養療法ガイドライン：病態別栄養療法
診療報酬改定
2020年 **特定集中治療室における早期栄養介入加算新設（400点）**
2022年 **早期栄養介入加算の算定要件見直し（250点/400点）**

栄養管理部では、2020年から早期栄養介入管理加算算定についての課題抽出に着手

- ・ **早期栄養介入に関する経験不足**
→ 集中系病棟のカンファレンスへの参加
- ・ **施設基準を満たす人材の不足**
→ すでに他の診療加算に登録済み
- ・ **収益バランスの課題**
→ 2020年新設当初は早期経腸栄養介入できた患者のみに加算が付く方式
→ 入室時点で介入を行っても点数にむすびつかない事例も想定された
→ 既存の加算を取り下げてまで資源投下する領域ではなかった

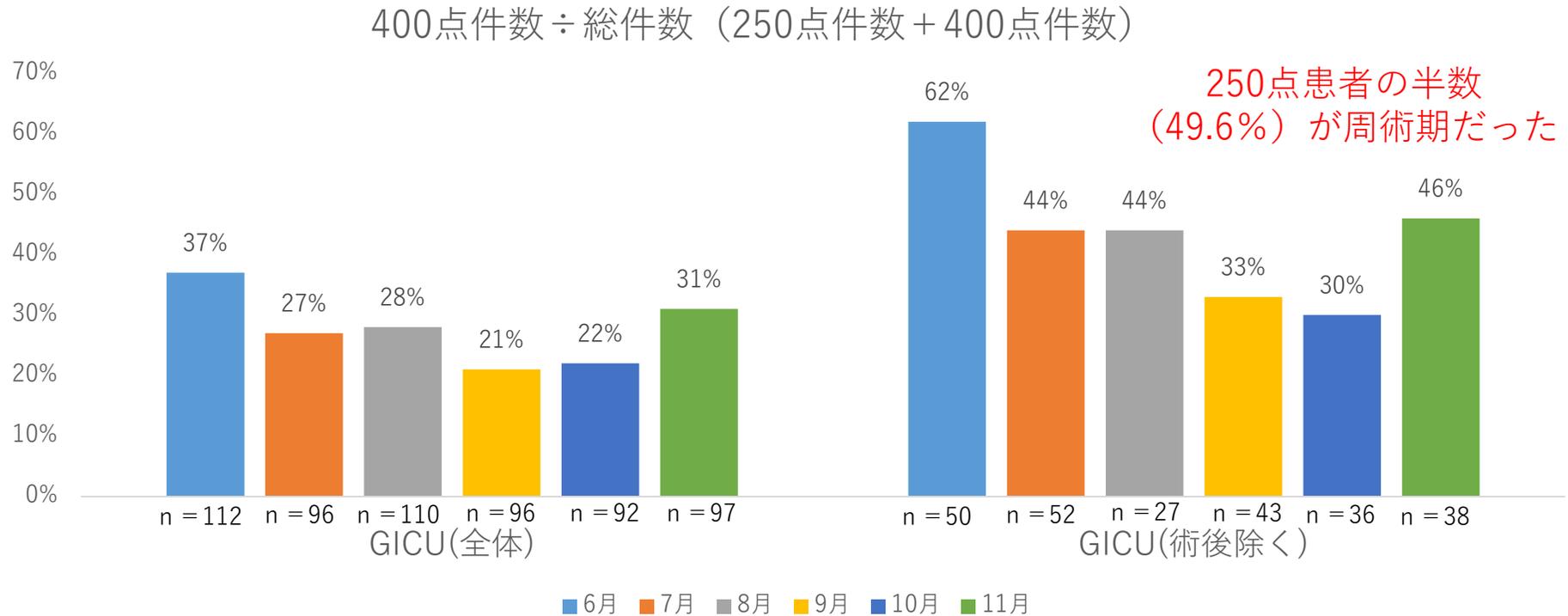
R4診療報酬改定→要件拡大があり介入に着手

- R4年6月から**GICU**、7月から**PICU**での早期栄養介入管理開始



経腸開始前の出棟割合が多い？

- GICUでは周術期管理目的の入室で、経腸再開前に出棟する
- 周術期管理目的の患者数を控除したデータで検証



今後の方策

GICU

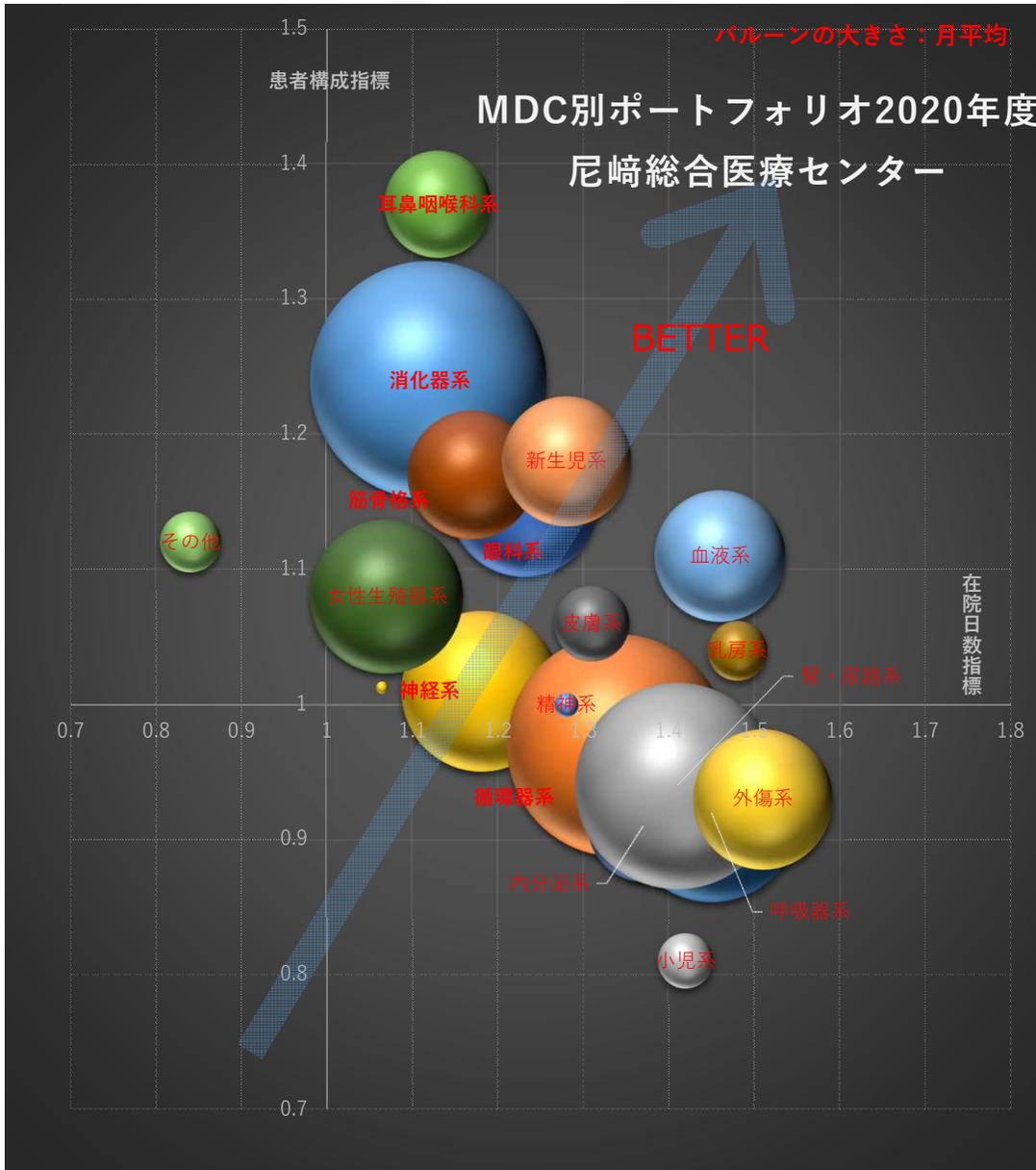
- 周術期患者の算定方式を検討
→周術期栄養管理実施加算（270点）を算定するか？

PICU

- 現在の水準を維持（院内指標を策定しモニタリング）
- アウトカムへの影響を検証

全体

- 他の集中治療系（EICU、CCU、SCU）への拡大？



周術期栄養管理実施加算

患者構成指標、在院日数指標、患者ボリュームを勘案すると、耳鼻咽喉科、整形外科での全麻手術症例から開始し、消化器系へ波及させる順序が妥当か？

(≒消化器GICUは早期加算を継続)

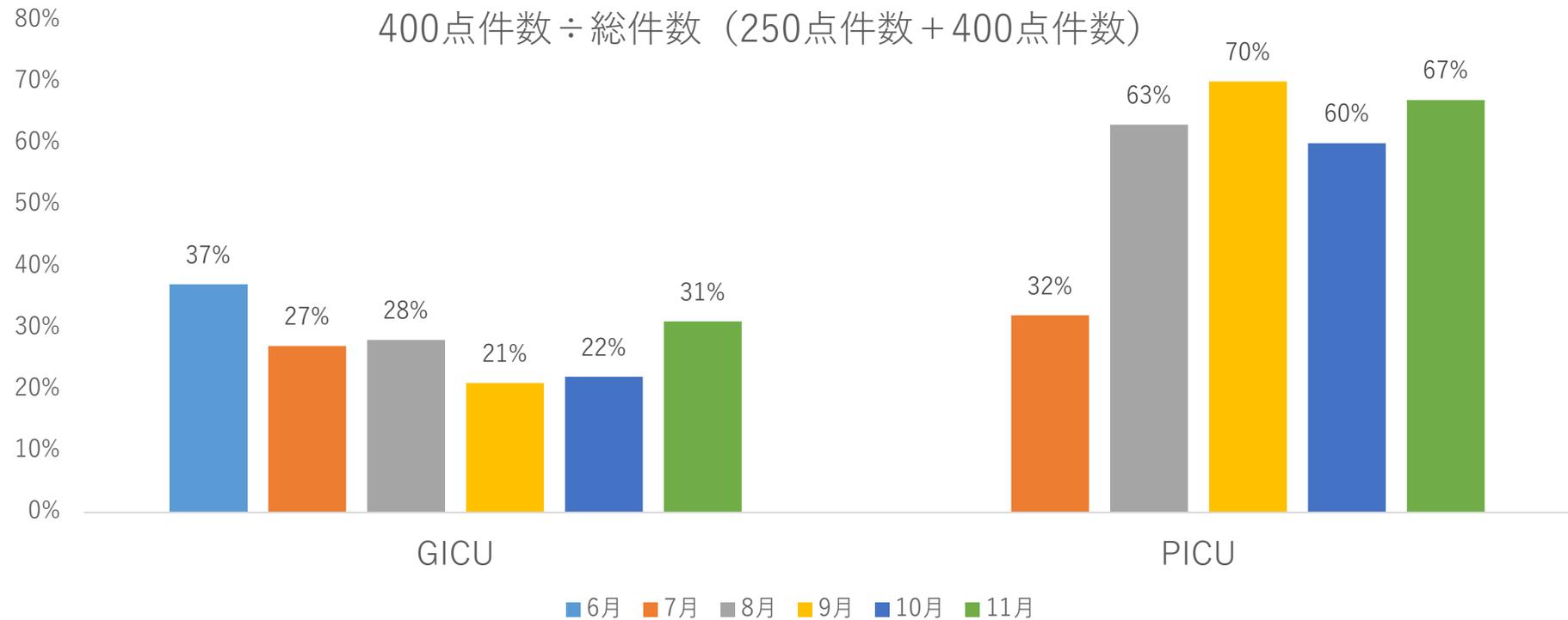
現在、術前栄養管理の必要性がある領域の選定についてPFMと検討中

ただし、PFMとの連携と専任管理栄養士の確保が必須。

院内指標の策定

【指標】 分母：早期栄養介入加算算定数 分子：400点算定件数

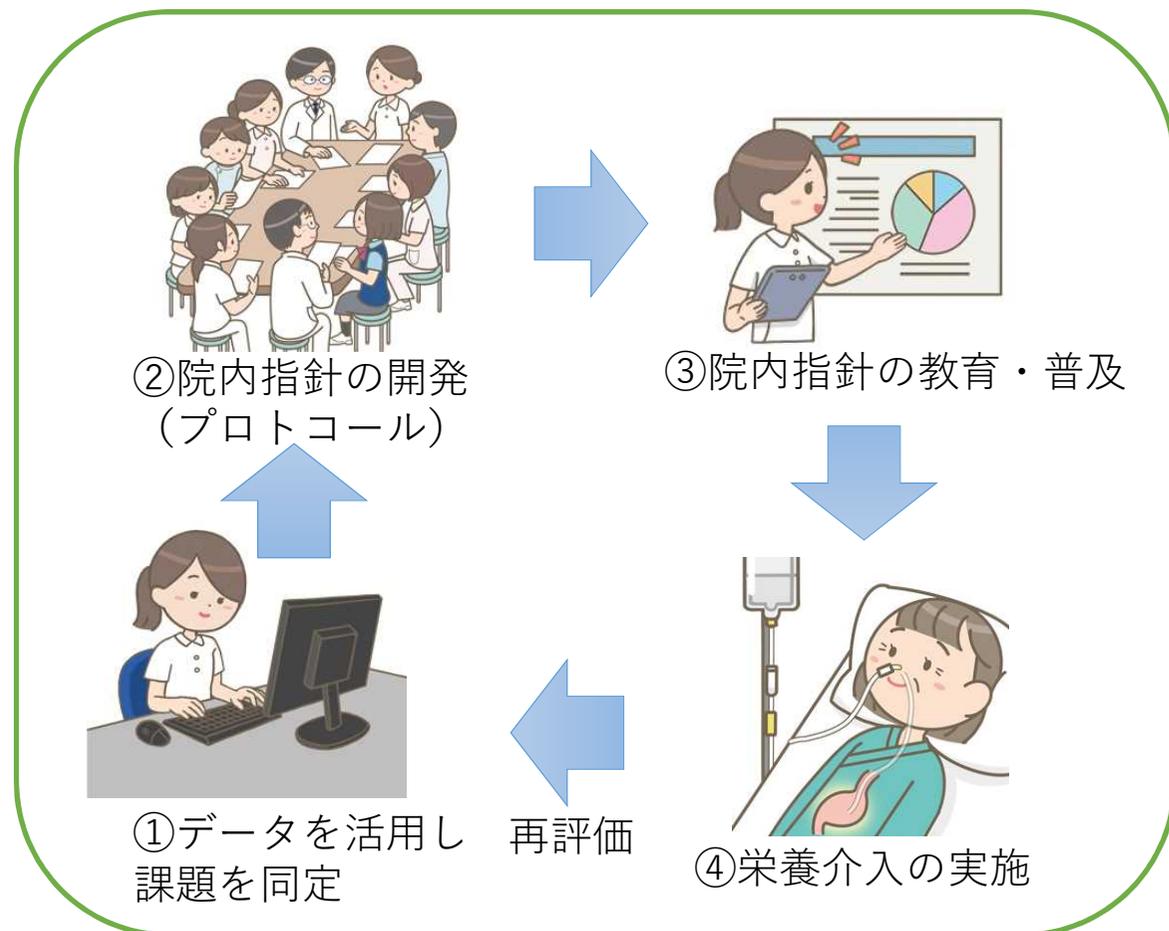
【目的】 管理栄養士が介入した患者の内、早期経腸栄養管理が達成できた割合をモニタリングし臨床に結果をフィードバックする



まとめ：栄養介入の質の改善アプローチ

今回のターゲット

「**早期栄養介入管理加算**」



①課題の同定
先行研究、ガイドライン、ベンチマーク

②院内指針
早期栄養管理プロトコール作成
(GICU版・PICU版)

③院内指針の普及
勉強会の実施 (GICU)

④栄養介入の実施
GICU (6月～)、PICU (7月～) 介入開始
加算対象者のデータ収集 (コホート化)
※将来的には集中治療室の在室日数、死亡率、
感染症発生率などのアウトカムへの影響
も調査する予定