



日本医科大学付属病院 外科系集中治療室(SICU) 診療状況





外科系集中治療室(SICU) 沿革

1973年、日本医科大学付属病院に集中治療室が開設されました。

2014年8月より新病院開院に伴い、集中治療室から外科系集中治療室SICU (Surgical ICU)として独立し、診療を開始しました。

主に外科手術後の管理を行う外科系集中治療室として、国内でも数少ない集中治療施設の一つです。

SICU施設基準 概要

SICUは、呼吸、循環、代謝その他重篤な急性機能不全の患者さんや院内エマージェンシー対応システム(METコール)対応後の集中治療を要する患者さん、手術後の患者さんを24時間体制で集中治療専従医が中心になり、より効果的な高度な治療を施すことを目的とした集中治療室です。

SICU施設基準 概要

厚生労働省が定める、特定集中治療室管理を行う施設基準である専従医師や看護師の配置、必要病室面積、手術室と同程度の空気清浄度を有する病室(可変圧室を含む)、設置すべき医療機器、臨床検査用機器、電源設備などの基準(特定集中治療室管理料1)をすべて満たしています。

SICU施設基準 概要

日本医科大学付属病院で特定集中治療室管理料1を算定しているのはSICU 20床のみです。



SICU施設基準 詳細

SICUは、陽陰圧管理が行える個室3床、オープンフロア(4人床)2室、個室9床の計20床の病床を有します。

集中治療の専門知識・技術を有する医師および看護師、医療スタッフ(臨床工学技士、薬剤師、放射線科技師、理学療法士、管理栄養士)を配置しています。

看護配置基準は2:1(2名の患者さんを1名の看護師が担当)です。

SICU施設基準 詳細

呼吸器系、循環器系、代謝系などの患者さんの生理機能の刻々の変化を持続的にモニタできる患者監視用機器（生体情報モニタ）や超音波診断装置、内視鏡検査、血算測定器、血液ガス分析装置、救急カート（気管挿管セット）、人工呼吸器、除細動器、体外式ペースメーカー、循環補助装置、X線撮影装置、血液浄化装置、輸液ポンプ、シリンジポンプなどを配備しています。

SICU施設基準 詳細

重症度、医療・看護必要度は特定集中治療室用の評価票で評価します。

病室内は全て手術室と同程度の空気清浄度です(清浄度HEASクラスⅢ)。

集中治療室としては珍しく、SICUではほとんどの病室に窓があり、太陽光を室内に取り入れることで昼夜のリズムをつくることを助け、特殊な環境下で起きやすい「せん妄(突如発症する精神認知機能の障害)」の発生予防に努めています。



SICU施設基準 詳細

SICU専従医師は、SICUに勤務している時間帯はSICU以外での勤務を併せて行っていません。

SICU専従看護師は、SICUに勤務している時間帯はSICU以外での勤務を併せて行っていません。

SICUに入室した患者さんに対して、14日を限度として特定集中治療室管理料1を算定します。

SICU施設基準 詳細

SICU入室後早期から離床等に必要な治療を行った患者さんに対して、早期離床・リハビリテーション加算として入室した日から起算して14日を限度として所定点数に加算します。

SICU入室後早期から必要な栄養管理を行った患者さんに対して、早期栄養介入管理加算として入室した日から起算して7日を限度として所定点数に加算します。

SICUに入室した患者さんに対して、14日を限度として病棟薬剤業務実施加算2を算定します。

医療スタッフの配置

(1)医療スタッフの構成

1) 医師

SICUに専従する外科系集中治療科医師は、常時SICU内に勤務しています。専従医師のうち2名以上の集中治療専門医(特定集中治療の経験を5年以上有する)を配置しています。また、外科系集中治療科専従医師は各診療科医師と協働して、患者さんの治療にあたっています。

2) 看護師

看護体制は、患者さん2名に対し、看護師1名の配置としています。重症度の高い患者さんにおいては、患者さん1名に対し看護師1名の配置としています。そのため、常時12名以上の専従看護師を配置しています。

医療スタッフの配置

(1)医療スタッフの構成

3) 薬剤師

SICUでの薬剤管理・薬剤調製などに関する薬剤師が専任で勤務しています。

4) 臨床工学技士

病院内に常時勤務し、SICUでの生命維持装置や他のME機器の管理を行う専任の臨床工学技士を配置しています。

5) 放射線技師

放射線技師が病院内に常時勤務しています。

医療スタッフの配置

(1)医療スタッフの構成

6)理学療法士

SICUでの早期離床・リハビリテーションなどに関与する理学療法士が専任で勤務しています。

7)管理栄養士

SICUでの早期栄養介入管理などに関与する管理栄養士が専任で勤務しています。

医療スタッフの配置

(1)医療スタッフの構成

外科系集中治療科部長	専従医師1名
外科系集中治療科専従医師	部長他医師3名
麻酔科からのローテーション専従医師	4名
看護師長	1名
急性・重症患者看護専門看護師	1名
集中ケア認定看護師	1名
専従看護師	52名
専任薬剤師	1名
専任臨床工学技士	1名
専任理学療法士	2名
専任管理栄養士	2名

※上記は令和4年4月1日現在の人員配置です。

※麻酔科からのローテーション専従医師は、麻酔科専修医もしくは助教・医員であり、

ローテーション期間中は麻酔科業務を兼任せず、外科系集中治療室での業務に専従しています。

医療スタッフの配置

(1)医療スタッフの構成

間瀬 大司	日本専門医機構認定麻酔科専門医、日本麻酔科学会認定指導医、 日本集中治療医学会集中治療専門医、 日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医、臨床研修指導医
梅井 菜央	日本救急医学会救急科専門医、日本集中治療医学会集中治療専門医、 臨床研修指導医
源田 雄紀	日本専門医機構認定麻酔科専門医、日本集中治療医学会集中治療専門医、 日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医、臨床研修指導医
岩崎 雅江	日本専門医機構認定麻酔科専門医、日本麻酔科学会認定指導医、 日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医、日本緩和医療学会緩和医療認定医

上記は令和4年4月1日現在の保有資格です。

医療スタッフの配置

(2)主診療科医師および担当医等の位置付け 研修体制

主診療科医師	当該診療科の主治医
SICU指導医	日本専門医機構認定麻酔科専門医、日本麻酔科学会認定指導医、 日本救急医学会救急科専門医、日本集中治療医学会集中治療専門医 の資格を有する 集中治療科専従医師
SICU担当医	上記資格を持たない集中治療専従医師(主に麻酔科専修医)、研修医

医療スタッフの配置

(2)主診療科医師および担当医等の位置付け 研修体制

集中治療専従医師は、SICU指導医とSICU担当医からなり、主診療科医師の依頼を受けて、SICU内での患者さんの治療管理にあたります。

主診療科医師チームとの連携を密にして、合議の上で診療方針の決定を行い、協働で診療を行います。

医療スタッフの配置

(2)主診療科医師および担当医等の位置付け 研修体制

SICU担当医は、SICU指導医の指導のもとで直接診療を行います。

研修医は、臨床研修指導医の指導のもとで直接診療を行います。

当院で麻酔科専門研修を行う麻酔科専修医は、日本医科大学
付属病院麻酔科専門研修プログラムの一環としてSICUでの研修を
行っています。

医療スタッフの配置

(3)施設認定、(4)専門医および指導医の資格

日本集中治療医学会認定専門医研修施設の認定を受けております。

日本集中治療医学会集中治療専門医	3名
日本麻酔科学会認定指導医	2名
日本専門医機構認定麻酔科専門医	3名
日本救急医学会救急科専門医	1名
日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医	3名
日本緩和医療学会緩和医療認定医	1名
臨床研修指導医	3名

上記は令和4年4月1日現在の有資格者数です。

SICUの役割

SICUでは、主に外科手術後の集中治療管理を担います。集中治療を専従とするスタッフにより構成された医療チームが、大侵襲手術後の術後管理、併存合併症を有する患者さんの術後管理を担い、手術成績の向上に寄与します。

SICUでは、術後合併症や内科的疾患により集中治療を必要とする患者さん、院内急変対応システム(METコール)により初期対応された患者さんの急性期管理をも担います。

院内で急性期管理を必要とする全ての患者さんを収容する集中治療室として、主診療科医師チームと協力しながら治療成績向上に寄与することを使命としています。

SICUの役割

当院の集中治療部門は、SICU以外に心臓血管集中治療室(CCU)、高度救命救急センター(CCM)、新生児集中治療室(NICU)が運用されています。

心疾患や外傷を主徴とする院外発生の救急症例は、それぞれCCUとCCMへ収容します。

手術後症例や院内急変を含む内科的疾患の急性期管理を必要とする症例はSICUへ収容することとしています。

SICUの入室基準

特定集中治療室管理料の算定対象となる患者さんは、次に挙げる状態にあって、特定集中治療室管理が必要であると医師が認めた者です。

- 意識障害または昏睡
- 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- 急性心不全(心筋梗塞を含む)
- 急性薬物中毒
- ショック、急性循環不全
- 重篤な代謝性疾患(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- 大手術後
- 救急蘇生後
- その他外傷、破傷風等で重篤な状態

SICUの入室基準 具体的な治療対象

SICUでは現在、以下のような病態を具体的な治療対象としています。

- 侵襲の大きな手術後：心臓血管外科手術、頭頸部悪性腫瘍手術、食道悪性腫瘍手術、肺悪性腫瘍手術、肝胆膵外科手術、大量出血手術、ASA status3以上の術前合併症を持つ手術、脳神経外科手術、経皮的動脈弁置換術、予期せぬ手術または麻酔合併症をきたした術後管理など
- 意識障害または昏睡
- 急性呼吸不全、慢性呼吸不全の急性増悪（高流量酸素療法、NPPV、人工呼吸、ECMOを含む）
- 急性循環不全
- 敗血症（敗血症性ショックを含む）
- 播種性血管内凝固症候群
- 重度の酸塩基平衡異常、電解質異常、代謝異常
- 心肺蘇生後
- 院内急変対応システム（METコール）による初期対応後の急性期管理
- その他種々の（少なくとも2つ以上の）臓器障害のため、人工臓器による代替療法が必要なもの

SICUの退室基準

主診療科医師チームおよび外科系集中治療科医師が、HCUへ転室もしくは一般病棟への転室を判断します。

《SICU退室条件の基本原則》

- 入室の主たる原因となった病態が回復もしくは改善がみられ、全身状態が安定していること
- 主診療科医師チームと外科系集中治療科医師が協議をし、退室が妥当と判断されること
- Sendagi Early Warning (SEW)スコアを記載し、患者状態の情報共有を適切に行うこと

SICUの退室基準

《SICU退室条件の細目》

- 意識清明で、応答可能で指示に従うことができること
- 意識清明でなくても意識レベルの悪化がなく安定していること
- 呼吸状態が安定していること
- 原則として人工呼吸を必要とせず、抜管されていること。ただし、気管切開がなされ、呼吸状態が安定していれば退室する場合もある。また、人工呼吸管理下であっても、呼吸状態が安定していれば退室する場合もある。具体的には長期間の安定した状態となった場合、在宅用の人工呼吸器トレーニング期間の場合、末期がん等の終末期患者の場合などである。
- 循環動態が安定していること
- 循環作動薬等の精密持続点滴が必要な薬剤は、投与中止もしくは漸減可能であること
- 侵襲的な循環モニタリングは、原則として不要であること
- 血液浄化などの特殊治療が不要となったとき
- 血液浄化などの特殊治療の継続が必要な場合でも、一般病棟もしくはHCUで管理可能と判断されれば退室する場合もある。
- いかなる治療を行っても救命不可と判断された場合、一般病棟もしくはHCUで管理可能と判断されれば退室する場合もある。

SICUの退室基準

《退室時注意事項》

転室が決定した段階で、看護師は一般病棟への引き続く以下の指示内容の確認をします。

- ①酸素投与方法、酸素流量
- ②点滴指示
- ③各種ドレーンおよびライン管理方法
- ④安静度
- ⑤移動方法(車椅子もしくはベッド(ストレッチャー)の選択)
- ⑥移動手段(医師同席での移動もしくは看護師のみでの移動か)
- ⑦移動の際のモニタ管理方法

転室時の移動に関して以下の通りとしています。

- ①人工呼吸器装着患者の場合は医師が呼吸管理を実施し、看護師と共に移動用モニタで管理のもと、移動を行う。
- ②その他、ECMO、IABP等の医療機器が装着されている場合は、臨床工学技士も協働する。
- ③医師の同席が必要ない場合は、看護師および助手が転室時の指示に応じ、車椅子およびベッドでの移動を行う。

SICU入室を許可しない概ねの基準

予後不良の終末期の患者さん

急性症状のない慢性疾患の患者さん

そのほか、主診療科医師および外科系集中治療科医師が特殊病棟へ収容することがより適切と判断した患者さん

カンファレンスの実施

カンファレンス、回診、申し送りに関して

- 朝夕の専従医師勤務帯交代時に回診を行い、SICUに在室している各診療科の患者さんの治療状況の申し送りを実施しています（回診時は患者さんのプライバシーに十分配慮しています）。
- 平日午前11時より定期カンファレンスを開催しています。
- 定期カンファレンス参加者は、主診療科医師、外科系集中治療科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、等です。
- 定期カンファレンスで治療方針を共有し、カンファレンスでの討議内容を参加者の氏名とともにカルテに記載しています。
- そのほか、必要に応じて関連する職種スタッフによるカンファレンスを開催しています。
具体例として、長期滞在患者さんの転院調整、癌患者さんと家族のケア、終末期患者さんと家族のケア、終末期の判断、身体拘束最小化のための評価、インシデント事例の事後検討、死亡事例の事後検討、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業結果報告など

カンファレンスの風景



早期離床・リハビリテーション加算

SICUでは、集中治療に関する5年以上の経験を有する専従医師および看護師、急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士により、早期離床・リハビリテーションチームが構成されています。

早期離床・リハビリテーションに関する所定のプロトコルに基づいて、当チームによりリハビリテーションが実施された場合に、入室した日から起算して14日を限度として所定点数に加算します。

早期栄養介入管理加算

SICUには、特定集中治療室管理料に掲げる早期栄養介入管理加算の施設基準を満たすために、2名の専任の常勤管理栄養士が配置されています。

患者さんがSICU入室後早期に、上記の管理栄養士がSICUの専従医師および看護師、薬剤師、理学療法士から構成される早期離床・リハビリテーションチームと連携して、SICUにおける早期栄養介入管理に関する院内の протоколに基づいて、早期の経口移行・維持および低栄養の改善につながる栄養管理が実施された場合に、入室した日から起算して7日を限度として所定点数に加算します。

病棟薬剤業務実施加算2

SICUでは、専任の薬剤師が病棟薬剤業務として病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施しており、入室した日から起算して14日を限度として所定点数に加算します。

感染対策

日本医科大学付属病院感染防止マニュアル、新型コロナウイルス感染症 COVID-19 (SARS-CoV-2)対応マニュアルに基づいて、適切な感染防止策を実施しています。

SICUは3床の可変圧室を有しています。結核、麻疹、水痘(播種性帯状疱疹を含む)、COVID-19など飛沫核感染を呈する感染症を有する患者さんは、陰圧室で管理します。

SICUは可変圧室以外に9床の個室を有しています。薬剤耐性菌(MRSA、VRE、MDRP、ESBL産生菌、CREなど)を有する患者さん、クロストリジウムディフィシル感染症などの患者さんは、原則として個室で管理します。

新たなケアの取り組み

《ICU日記》

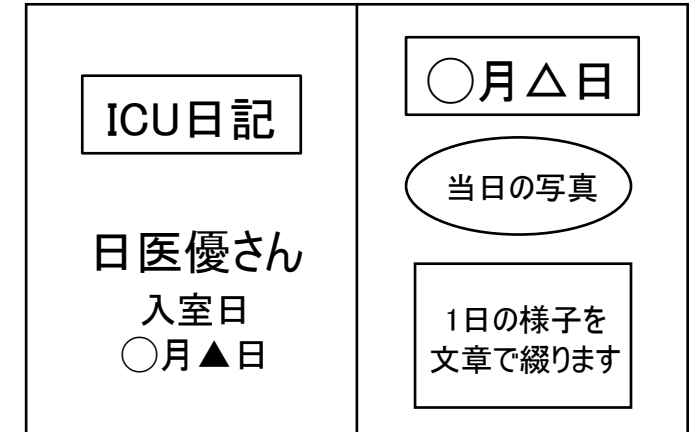
既に取り組んでいる取り組みの一つです。
SICU在室中の患者さんの毎日の様子を看護師が日記として綴ります。
後日ご本人もしくはご家族へお渡ししております。

《SICUの術前見学/看護師による術前訪問》

コロナ禍前は患者さんの希望に応じてSICU見学を行っていました。
コロナ禍の取り組みとして、SICU内での治療の様子をお伝えする術前訪問を検討しています。

《SICU退室後の訪問/術後訪問》

SICU退室後の患者さんの早期回復、病状悪化時の早期発見と治療介入、スタッフ支援のために、
医師、看護師、理学療法士による病室訪問を開始しました。今後は、活動の幅をさらに広げてまいります。



《ICU日記のイメージ》

教育研修 & 研究活動の取り組み

《ECMOハンズオントレーニング》

ハンズオントレーニング、トラブルシューティング演習
トレーニング動画を記録し、動画コンテンツの視聴による演習も可能

《急変時シミュレーション》

さまざまな急変事例を想定したハンズオントレーニング
トレーニング動画を記録し、動画コンテンツの視聴による演習も可能

《学術集会、論文等での発表》

関連学会での発表、論文投稿を積極的に行っております。
医師の学術業績については日本医科大学ホームページを参照

教育研修 & 研究活動の取り組み 実際の風景



教育研修 & 研究活動の取り組み 実際の風景



その他

口頭指示、指示入力に関して

- 急変時以外のSICUでの口頭指示は一切受けていません。
- 医師は、必ずSICU病棟で指示入力を行います。

検査に関して

- CT、MRI検査などは、原則として各診療科医師が検査に同席します。
- 手術等で同席できない場合は外科系集中治療科医師が対応します。

感染スクリーニング(新型コロナウイルス感染症)について

- SICU入室時にPCR検査を実施しています。
- 手術後にSICUに入室される患者さんは、手術前にPCR検査が実施されています。

その他

血液製剤の使用に関して

- 輸血療法に関する手引きを遵守します。
- 血液製剤のオーダーは電子カルテで行っています。
- 血液製剤の投与指示は重症部門用電子カルテで行っています。
- 輸血実施時は医師と看護師により電子カルテで照合を行っています。
- 輸血実施前後の患者さんの観察を十分に行い、有害事象発生時は速やかに対応します。
- 未使用の血液製剤は医師に病棟保管の必要性を確認し、不要時は速やかに輸血部に返却します。
(原則として依頼日の翌日までに返却)

身体拘束の最小化に関して

- 三原則(切迫性、非代替性、一時性)の全てを満たす場合のみに身体拘束を考慮します。
- 患者さん本人・ご家族への説明と同意を得て実施しています。
- 身体拘束最小化アセスメントシートに従って評価を行い、記録しています。
- カンファレンスで身体拘束の最小化について討議し、記録しています。
- 医師の指示により開始、継続、終了しています。
- 身体拘束の早期解除を常に検討しています。

その他

プロポフォールの使用に関して

- 処方対象は、原則としてSICUに在室している患者さんのみです。
- HCUおよびSUに在室している患者さんに使用する場合は、麻酔科専門医、集中治療専門医のみが可能です。
- 15歳以下の患者さんには使用禁止としています。
- 連続使用は24時間までとしています。
- 人工呼吸管理中の患者さんのみの使用としています。
- プロポフォール注入症候群に注意して使用しています。

ビデオ監視について

- SICUでは、病室内をビデオモニターで監視しています。
- ビデオ監視は、患者さんの生命・身体の保護を目的としています。
- プライバシーの保護に十分に配慮しています。



SICU入室実績概要

2021年

入室総件数	1064件
平均年齢	68.7歳 (0-96歳)
男女比	男性690例 女性374例
平均在室日数	4.60日 (1-60日)
SOFAスコア 入室当日平均	4.4 (0-20)
SOFAスコア 退室日平均	2.6 (0-24)
SOFAスコア 最大値平均	5.0 (0-24)
APACHE II スコア平均	20.83 (4-58)
APACHE II スコア 予測死亡率平均	39.8% (5.1-99.3%)
ICU死亡率	4.79% (51例)

SICU入室の内訳 2021年

予定入室	641件
緊急入室	423件

予定手術の術後SICU入室	689件
緊急手術の術後SICU入室	141件
術後以外のSICU入室	234件

診療科別SICU入室実績 2021年



診療科	予定手術	緊急手術	非手術	生存退室	ICU死亡	平均在室日数
消化器外科	315	57	43	405	10	3.38
心臓血管外科	126	35	30	122	4	6.19
内分泌外科	15	0	0	15	0	2.93
呼吸器外科	12	1	4	17	0	4.06
脳神経外科	8	16	9	31	2	7.88
整形外科	37	4	8	49	0	2.96
産科・女性診療科	10	3	4	16	1	2.94
耳鼻咽喉科	35	0	1	35	1	3.33
泌尿器科	57	8	2	67	0	2.39
形成外科	27	0	1	28	0	2.96
乳腺科	8	0	0	8	0	3.00
循環器内科	30	0	5	35	0	3.94
神経内科	0	0	6	5	1	2.00
腎臓内科	0	0	10	8	2	10.5
リウマチ膠原病内科	0	0	4	2	2	8.50
血液内科	0	0	35	23	12	11.37
内分泌代謝内科	0	0	1	1	0	22.00
消化器内科	0	0	27	24	3	4.59
呼吸器内科	0	0	31	20	11	12.26
小児科	0	0	3	3	0	13.30
放射線科	18	2	0	20	0	2.35
皮膚科	3	0	3	6	0	3.00
眼科	2	0	0	2	0	3.00
総合診療科	0	0	6	4	2	6.50

SICUでの特殊な治療施行実績 2021年

SICUでの気管挿管	66例
人工呼吸(気管挿管または気管切開下)	370例
非侵襲的陽圧換気	45例
血液浄化療法	85例
IABP	18例
IMPELLA	1例
ECMO	3例

IABP: 大動脈バルーンポンピング

IMPELLA: 補助循環用ポンプカテーテル

ECMO: 体外式膜型人工肺



早期離床・リハビリテーション実績

2019年度	2221件
2020年度	2680件
2021年度	3020件

2019年1月より算定開始

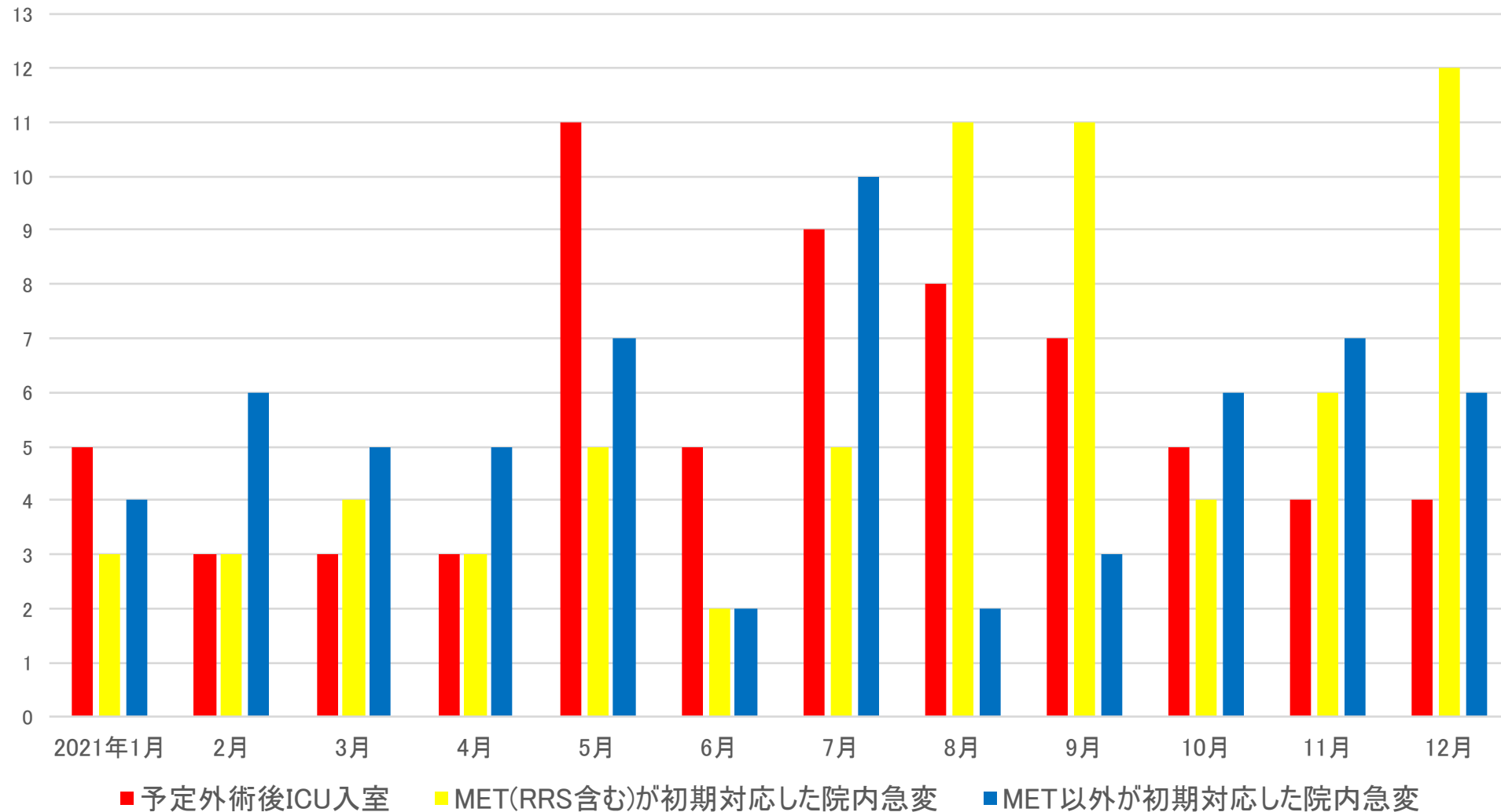


早期栄養介入管理実績

2020年度	729件
2021年度	1020件

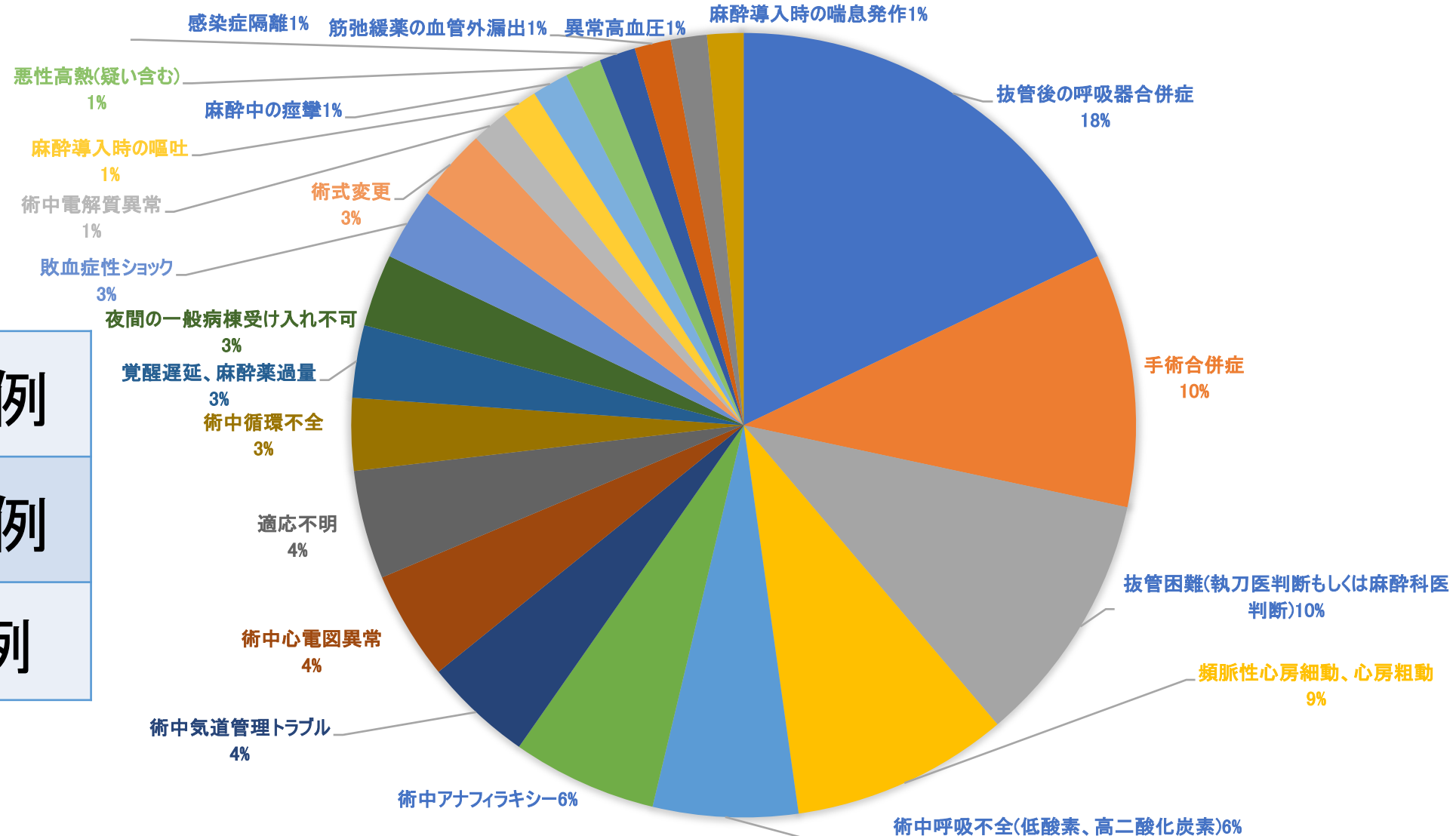
2020年5月より算定開始

予測できなかった SICU入室件数(2021年)



予定外 術後SICU入室例内訳(2021年)

入室総数	67例
生存退室	67例
死亡	0例

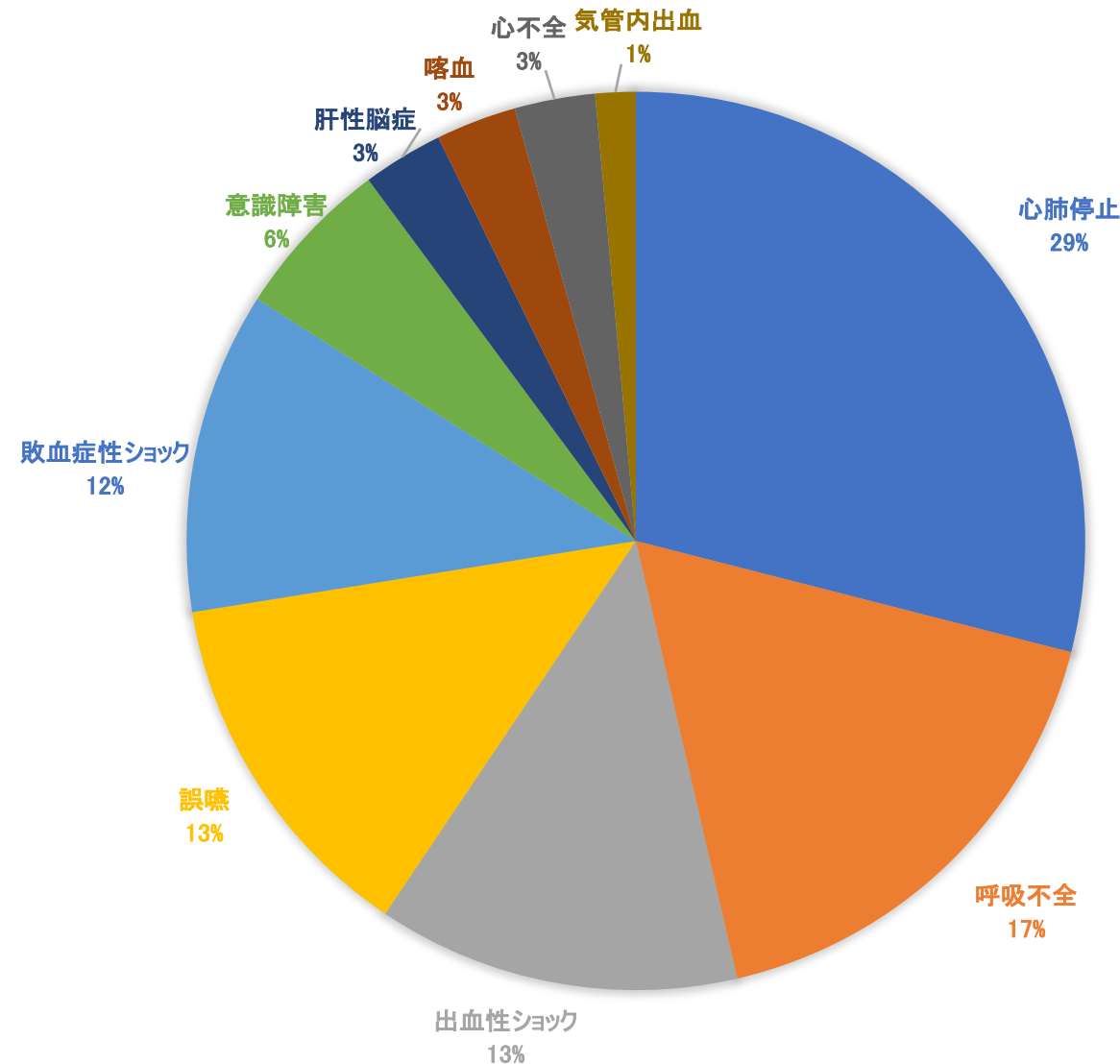


MET対応後の SICU入室例内訳(2021年)

入室総数	69例
生存退室	46例
死亡	23例

診療科	生存退室	死亡
消化器外科	12	6
心臓血管外科	1	1
内分泌外科	1	0
呼吸器外科	2	0
脳神経外科	0	1
整形外科	5	0
産科・女性診療科	0	1
耳鼻咽喉科	2	1
泌尿器科	1	0
循環器内科	1	0
神経内科	2	0
腎臓内科	2	2
血液内科	5	6
消化器内科	6	4
呼吸器内科	3	0
皮膚科	2	0
総合診療科	1	1

MET対応後の SICU入室例入室理由(2021年)



MET対応以外の 院内急変SICU緊急入室例(2021年)

入室総数	67例
生存退室	57例
死亡	10例

診療科	生存退室	死亡
消化器外科	14	2
心臓血管外科	7	0
呼吸器外科	1	0
脳神経外科	1	0
整形外科	2	0
産科・女性診療科	2	0
形成外科	1	0
循環器内科	1	0
腎臓内科	4	0
リウマチ膠原病内科	0	2
血液内科	13	2
消化器内科	5	0
呼吸器内科	5	4
皮膚科	1	0

ICU死亡詳細

2021年 (総数51例)

診療科別死亡例数	
診療科	死亡例数
血液内科	12例
呼吸器内科	11例
消化器外科	10例
心臓血管外科	4例
消化器内科	3例
脳神経外科	2例
腎臓内科	2例
リウマチ膠原病内科	2例
総合診療科	2例
女性診療科	1例
耳鼻咽喉科	1例
脳神経内科	1例

ICU死亡原因別例数		
非術後	急性呼吸不全	16例
	心肺停止	15例
	敗血症	7例
	急性肝不全	2例
	急性心不全	2例
	COVID-19肺炎	2例
	大血管疾患	2例
	急性腎不全	1例
	出血性ショック	1例
	頭蓋内出血	1例
	術後	肝切除術術後
大動脈解離術後		1例

医療安全管理部への報告数 2021年（総数15件）

影響度レベル	件数
レベル1	2
レベル3a	5
レベル3b	4

要事後検討事例（レベル3b以上）

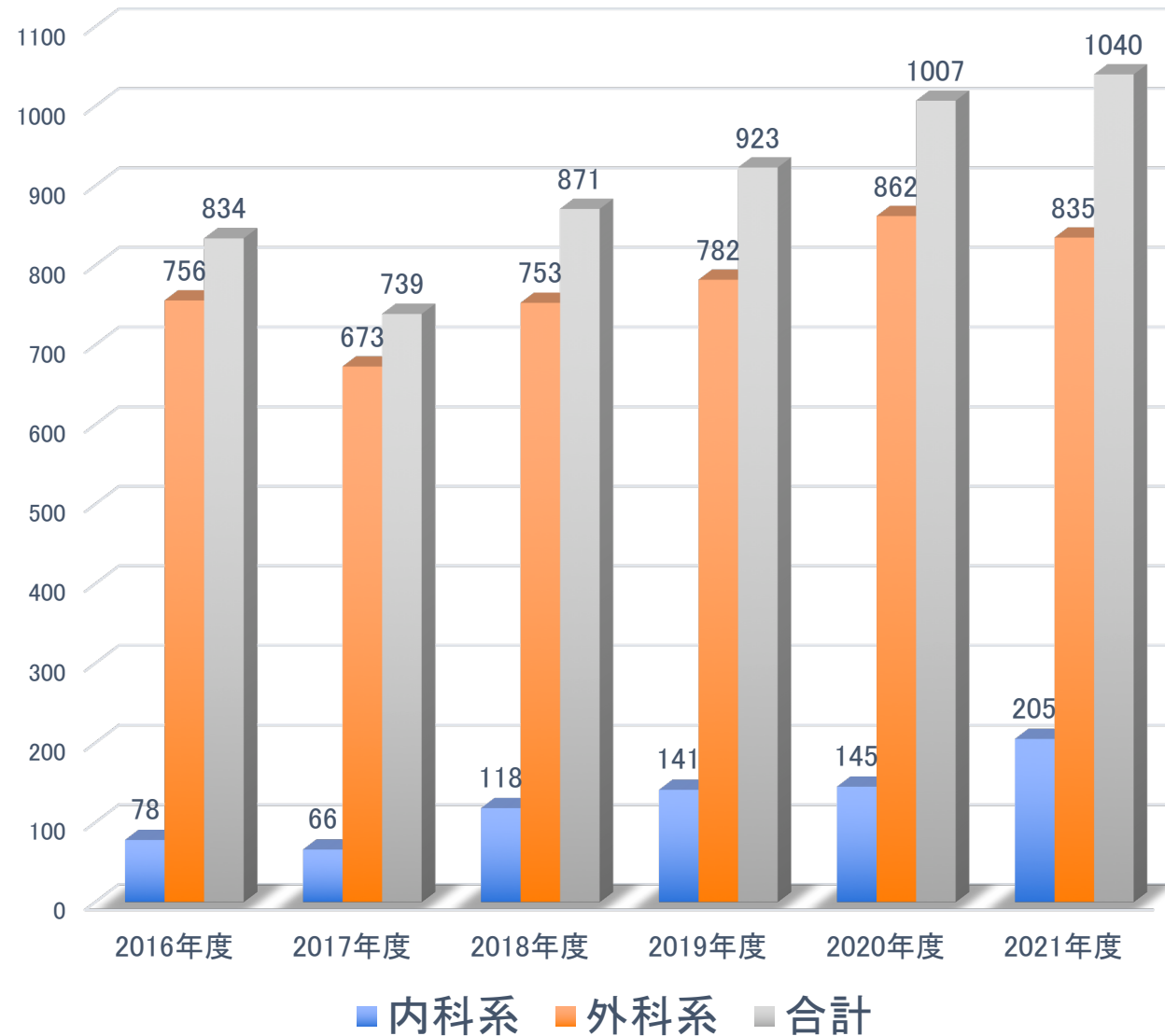
- ①リハビリテーション時の気切カニューレ抜去
- ②ネーザルハイフロー接続外れによる酸素化低下
- ③気管挿管症例の自己抜管
- ④気管切開カニューレの喀痰による閉塞



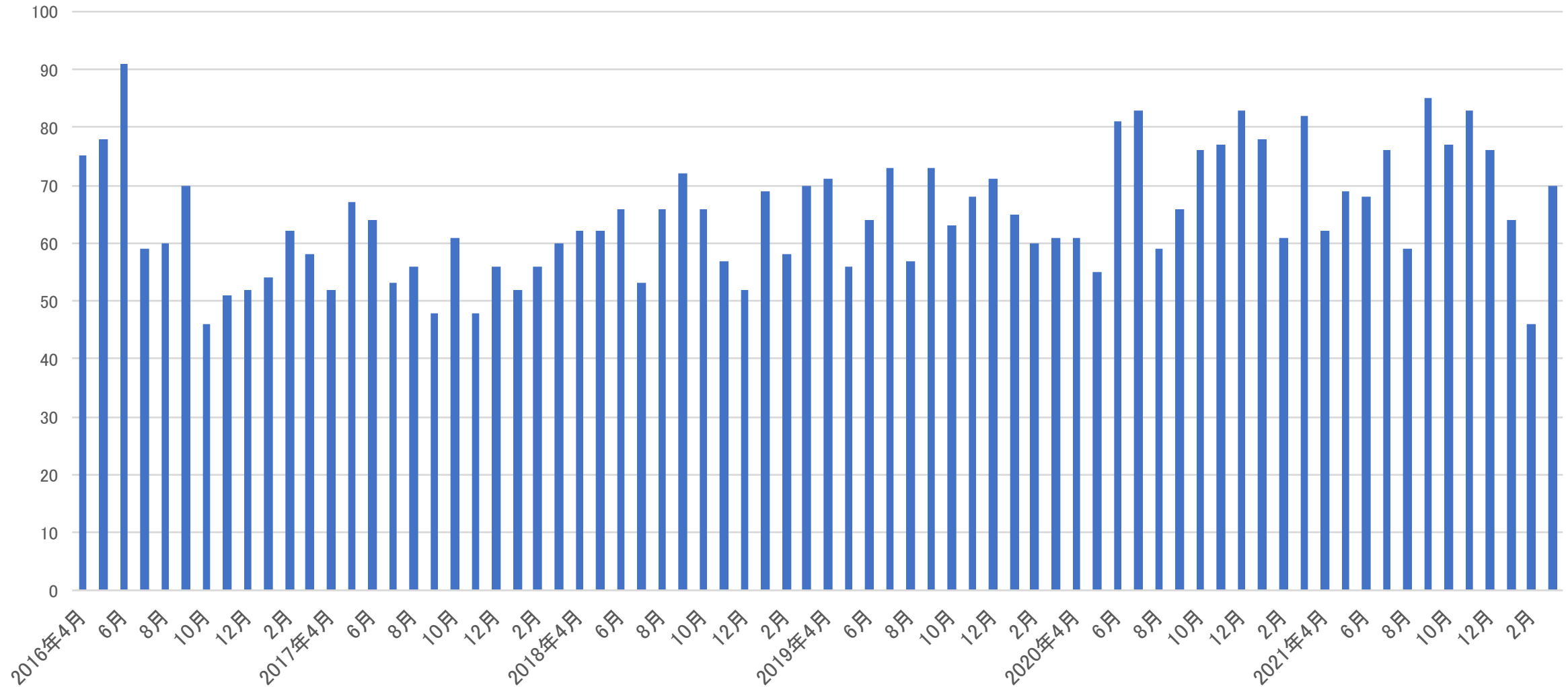
薬剤、血液製剤等の副作用報告 1件
その他 3件

各々の事例についてSICU内で事後検討
対応策について協議
医療安全管理部へ報告

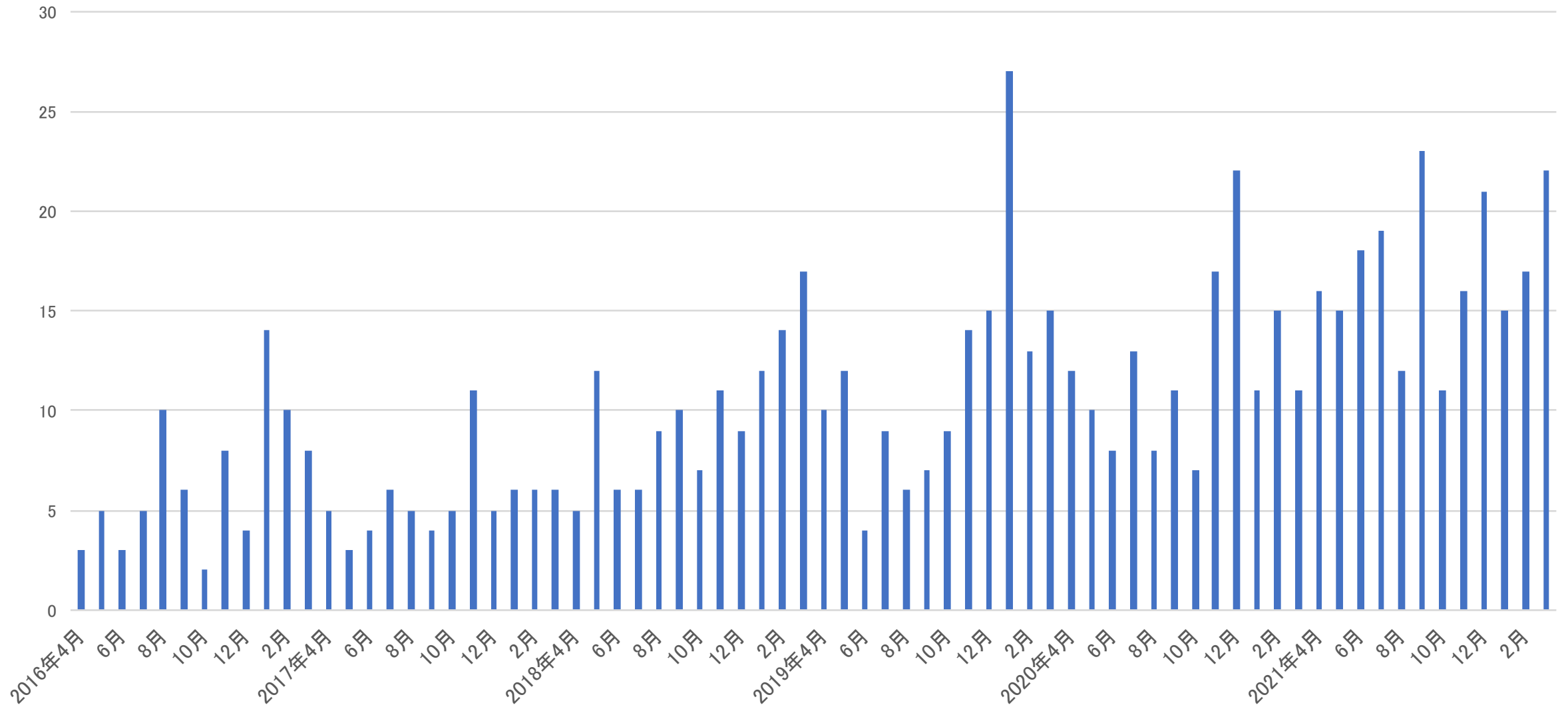
年度別SICU入室件数



月別SICU入室件数推移(外科系)



月別SICU入室件数推移(内科系)

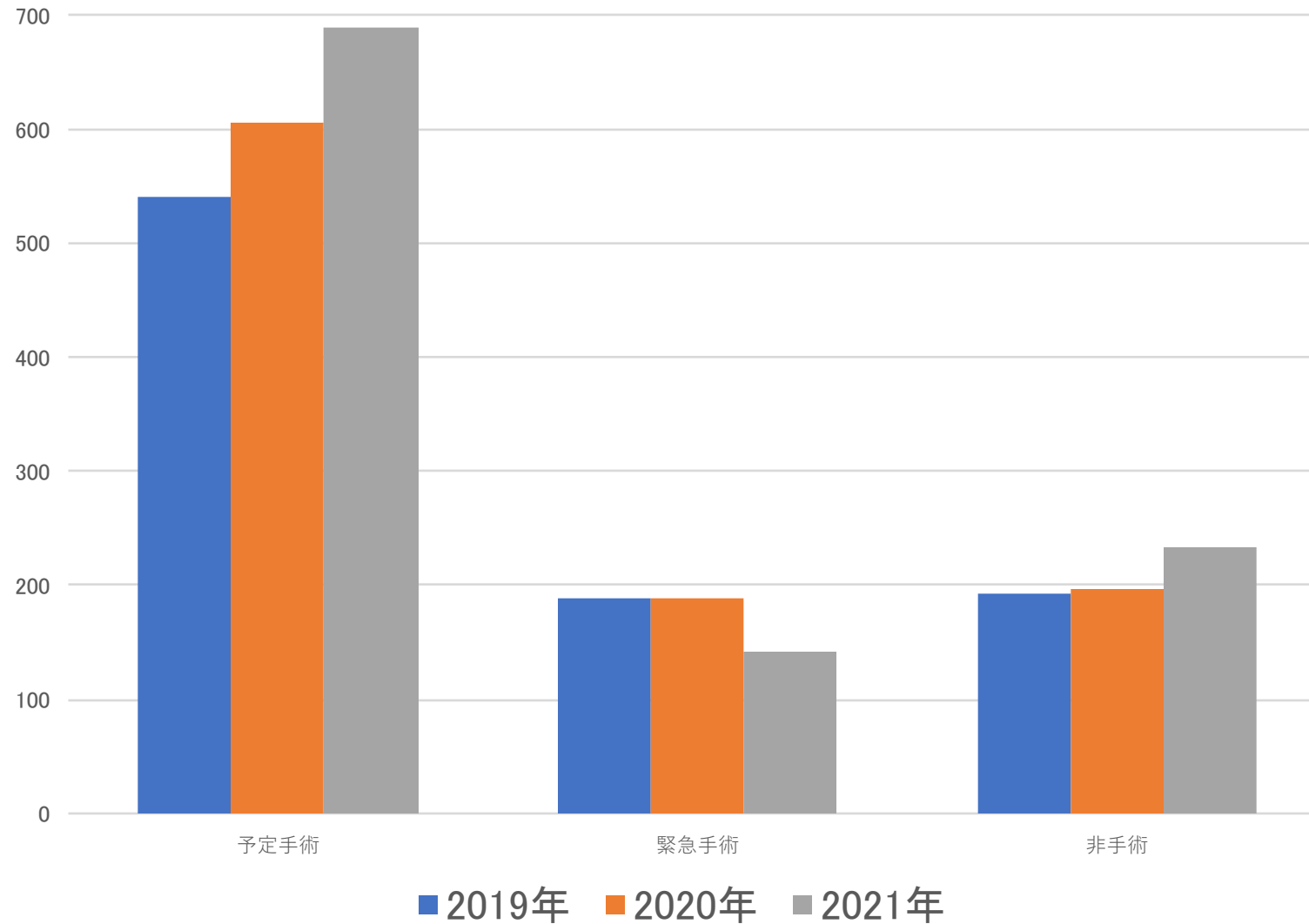


年度別 各診療科SICU入室件数

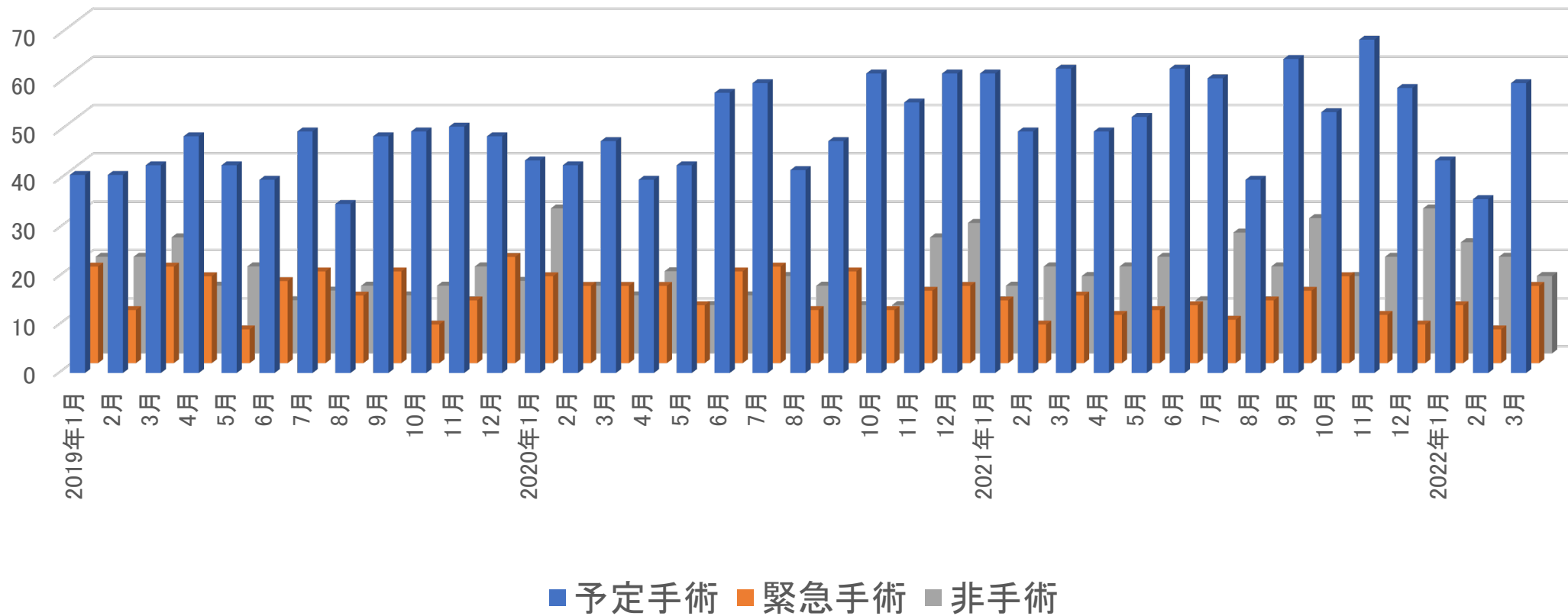


診療科	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
消化器外科	247	246	269	294	376	361
心臓血管外科	234	243	261	296	251	162
内分泌外科	9	3	7	7	13	15
呼吸器外科	87	15	15	15	16	14
脳神経外科	31	32	46	49	40	35
整形外科	23	26	33	33	38	43
産科・女性診療科	6	6	5	12	11	13
耳鼻咽喉科	48	39	44	26	46	31
泌尿器科	45	41	35	22	55	59
形成外科	9	6	16	14	13	25
乳腺科	0	3	0	0	3	7
循環器内科	3	3	6	43	33	36
神経内科	1	1	4	2	2	11
腎臓内科	7	6	17	17	9	8
リウマチ膠原病内科	4	5	7	2	4	3
血液内科	21	8	18	15	37	29
内分泌代謝内科	2	1	0	2	0	1
消化器内科	8	8	20	12	21	25
呼吸器内科	26	24	30	29	20	30
小児科	2	3	2	7	3	3
放射線科	1	1	4	3	13	21
皮膚科	1	2	8	6	1	6
眼科	0	0	0	0	1	1
総合診療科	2	4	2	3	1	9

SICU入室内訳推移



SICU入室内訳推移(月毎)





ご不明な点は以下までお問い合わせください

日本医科大学付属病院 外科系集中治療室(SICU)
03-3822-2131 (代表)