



日本医科大学付属病院
NIPPON MEDICAL SCHOOL HOSPITAL

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、院内緊急対応システム(METコール)対応後の集中治療を要する患者さん、周術期の患者さんを24時間体制で集中治療科専従医が中心になり、より効果的で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、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、気管支ファイバースコープ、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内に勤務して治療を行います。専従医師のうち2名の集中治療科専門医(特定研修医)の経験を5年以上有し、特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師)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、患者さんの治療にあたります。SICUに専従する外科系集中治療科医師は、宿日直を行う医師ではありません。

2) 看護師

看護体制は、患者さん2名に対して看護師1名の配置としていきます。重症度の高い患者さんにおいては患者さん1名に対して看護師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・薬剤調製などに関与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	部長他専従医師4名
麻酔科からのローテーション専従医師	3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	2名
専従看護師	67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	1名
専任管理栄養士	2名

※上記は令和8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麻酔科指導医・認定医、 日本集中治療医学会認定集中治療科専門医、 日本専門医機構認定集中治療科専門医研修施設統括責任者、 日本ペインクリニック学会認定ペインクリニック専門医、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認定集中治療科専門医、 臨床研修指導医
福永 悦也	日本専門医機構認定内科専門医、臨床研修指導医
保田 駿一	日本専門医機構認定内科専門医、臨床研修指導医
小田 光璃	日本麻酔科学会認定麻酔科認定医

上記は令和8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、日本専門医機構認定内科専門医、 日本麻酔科学会認定麻酔科指導医、 日本集中治療医学会認定集中治療科専門医、臨床研修指導医 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科専従医師(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

集中治療科専従医師は、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

日本専門医機構認定集中治療科専門医研修施設

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います。

日本集中治療医学会認定集中治療科専門医	2名
日本麻酔科学会認定麻酔科指導医	1名
日本専門医機構認定麻酔科専門医	2名
日本専門医機構認定内科専門医	2名
日本ペインクリニック学会認定ペインクリニック専門医	1名
臨床研修指導医	4名

上記は令和8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つて、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：高難度新規医療技術に該当する手術、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、一般病棟への転室の可否を判断します。

《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があります。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があります。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す。
- 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、一般病棟で管理可能と判断されれば退室する場合があります。
- いかなる治療を行っても救命不可と判断された場合、一般病棟で管理可能と判断されれば退室する場合があります。

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

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、移動を行います。
- 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します。
- 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います。



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に在室している全て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、管理栄養士です。
- 定期カンファレンスで治療方針を共有し、協議内容を参加者氏名とともにカルテに記載しています。
- 必要に応じて各種多職種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、身体拘束最小化の検討、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プロトコルに基づいて、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ガイドラインおよび感染防止マニュアルに基づいて、適切な感染防止対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。



SICU入室時集約同意取得のお願い

主治医が入室時に原則として患者さん本人より集約同意書を取得します。

予定入室の場合、入室当日までに主治医が集約同意書を取得します。

緊急入室時や救急蘇生時、あるいは患者さんご本人が未成年の場合など、患者さんご本人から書面による同意の取得が困難な場合、代諾者から同意を取得します。



患者情報システムを用いた集中治療部の機能評価 (JIPAD 事業) への参加

- SICUは、一般社団法人日本集中治療医学会が運営する診療データベース事業（日本 ICU 患者データベース、Japanese Intensive care PAtient Database [JIPAD]）に参加しています。
- 集中治療室に入室した患者さんの重症度等の医療情報を収集し、各施設間での比較および研究を行うことによって、医療の質の向上および集中治療医学の発展をめざすことを目的としています。
- 学校法人日本医科大学中央倫理委員会ホームページに、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づく情報公開（オプトアウト）を行っています。



厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業 (JANIS) への参加

平成19年4月に施行された改正医療法により、すべての医療機関において管理者の責任の下で院内感染対策のための体制の確保が義務化されました。

院内感染対策サーベイランス (JANIS) は、参加医療機関における院内感染の発生状況や、薬剤耐性菌の分離状況および薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査し、我が国の院内感染の概況を把握し医療現場への院内感染対策に有用な情報の還元等を行うことを目的としています。

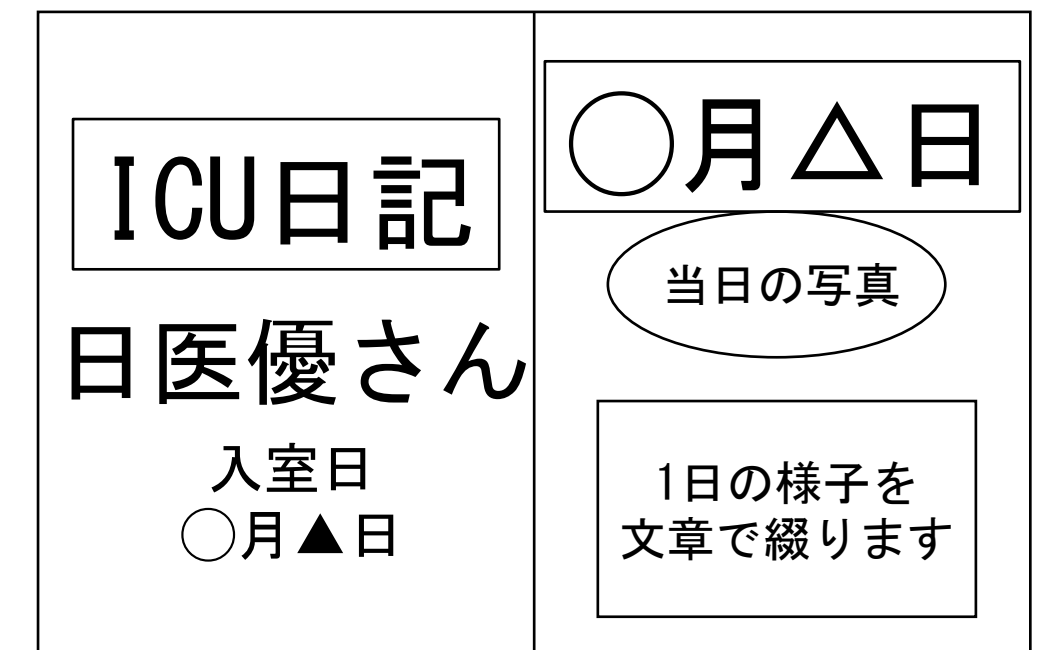
当院SICUは、2021年1月より集中治療室 (ICU) 部門において、ICUで発生する3種類の院内感染症 (人工呼吸器関連肺炎、カテーテル関連血流感染症、尿路感染症) の発生率やその原因菌に関するデータを継続的に収集・解析しています。

当院SICUにおける院内感染症の発生状況等を明らかにすることで、院内感染対策を強化し、質の高い医療を提供することに役立てています。

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います。



《ICU日記のイメージ》

《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。



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

《急変時シュミレーション》

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

開心術後の心停止対応など

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。

学術業績については日本医科大学ホームページを参照ください。

教育研修 & 研究活動の取り組み 実際の風景



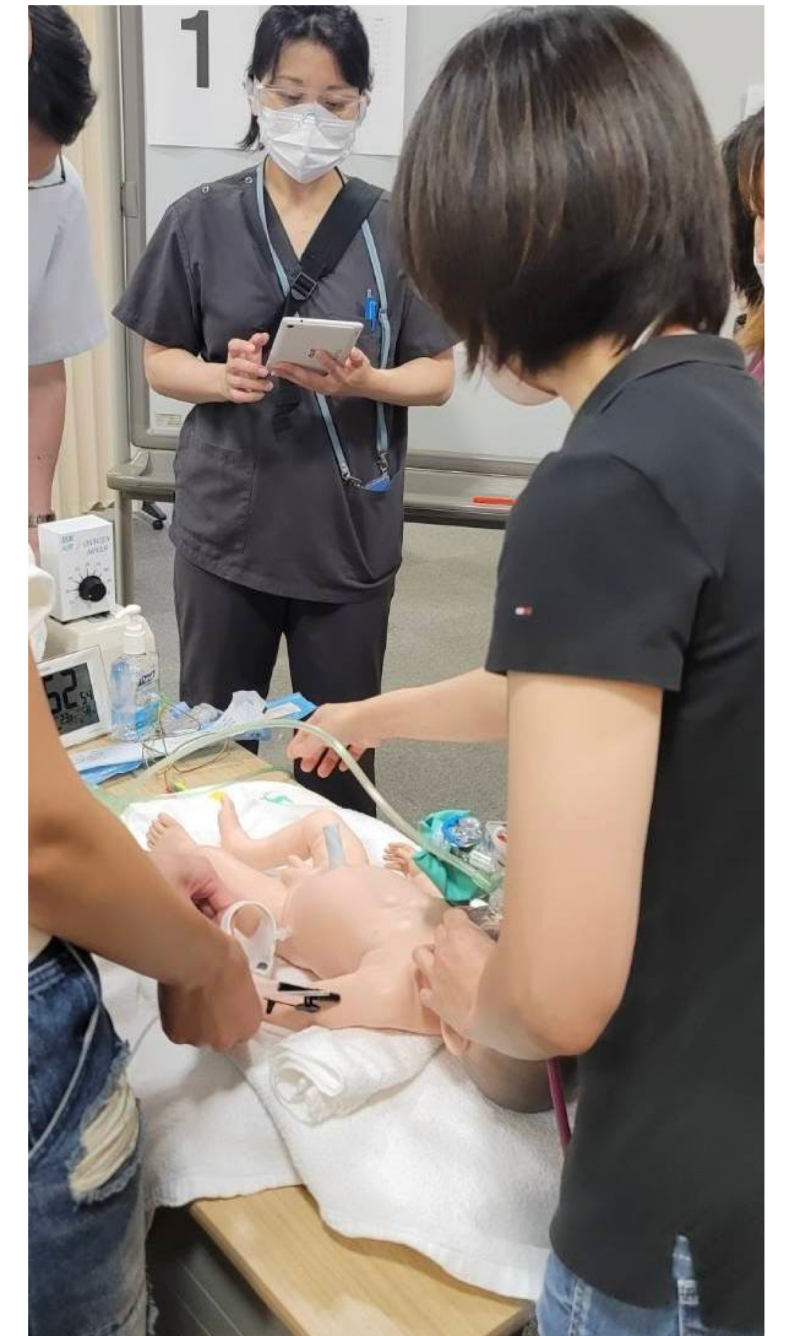
教育研修 & 研究活動の取り組み 実際の風景



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入室時に発熱や呼吸器症状がある場合は、インフルエンザウイルスや新型コロナウイルス感染症等の病原検査を実施します。

その他

血液製剤の使用に関して

- 日本医科大学付属病院血液製剤の使用指針および輸血療法の実施に関する指針を遵守します。
- 血液製剤の依頼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、観察記録をカルテに記載します。
- 輸血実施後の有害事象発生時は速やかに対応します。

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ます。
- 身体拘束最小化検討・アセスメントシートに従って評価を行い、カルテに記載しています。
- カンファレンスで身体拘束の最小化について討議し、カルテに記載しています。
- 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

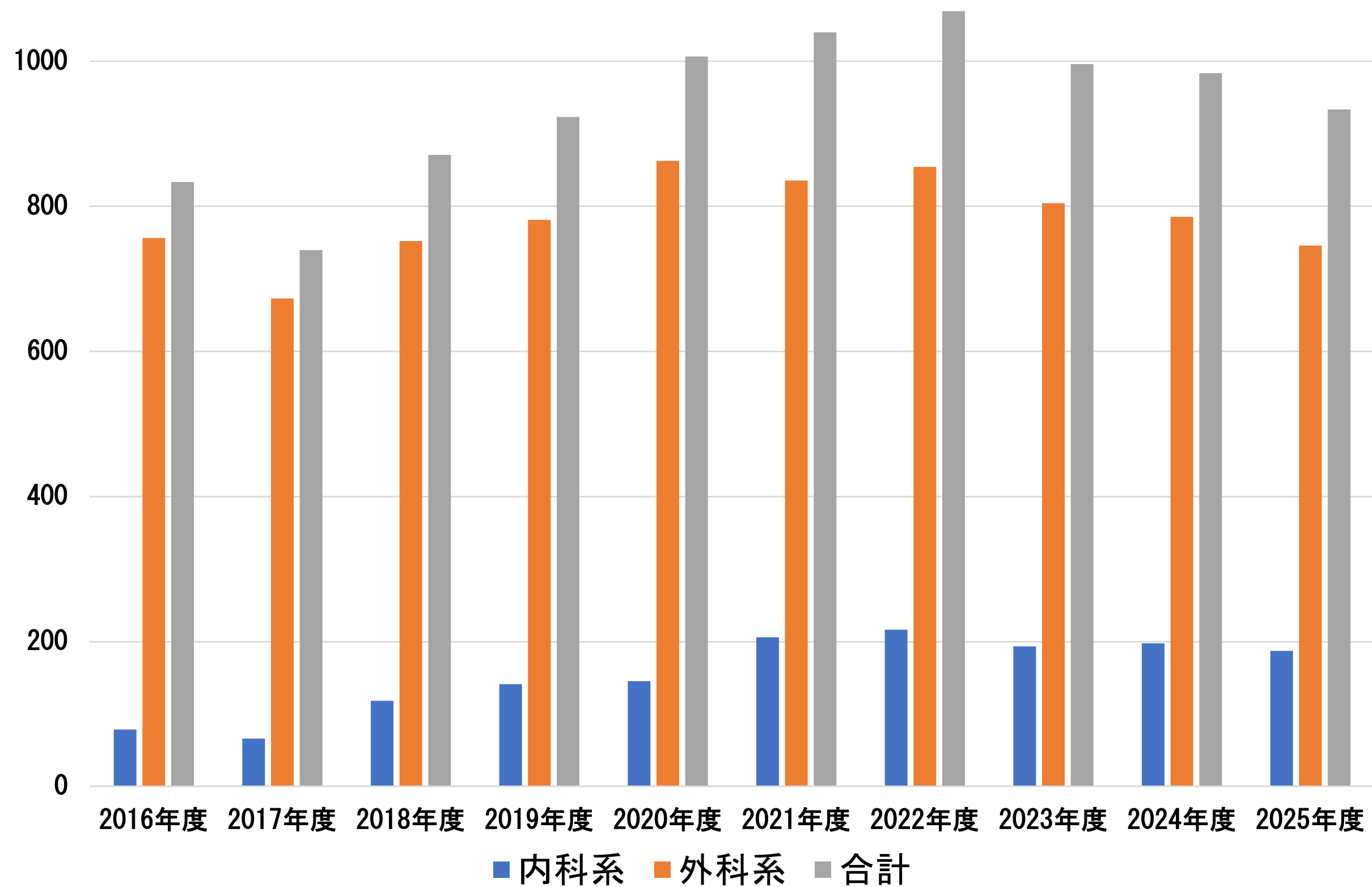
- 処方対象は、原則としてSICUに在室している患者さんのみです。
- 脳卒中ケアユニットに在室している患者さんに使用する場合は、麻酔科専門医、集中治療科専門医のみが可能としています。
- 15歳未満の患者さんには使用禁止としています。
- 連続使用は24時間までとしています。
- 人工呼吸管理中の患者さんのみの使用としています。
- プロポフォール注入症候群の発症に注意して使用しています。

ビデオ監視について

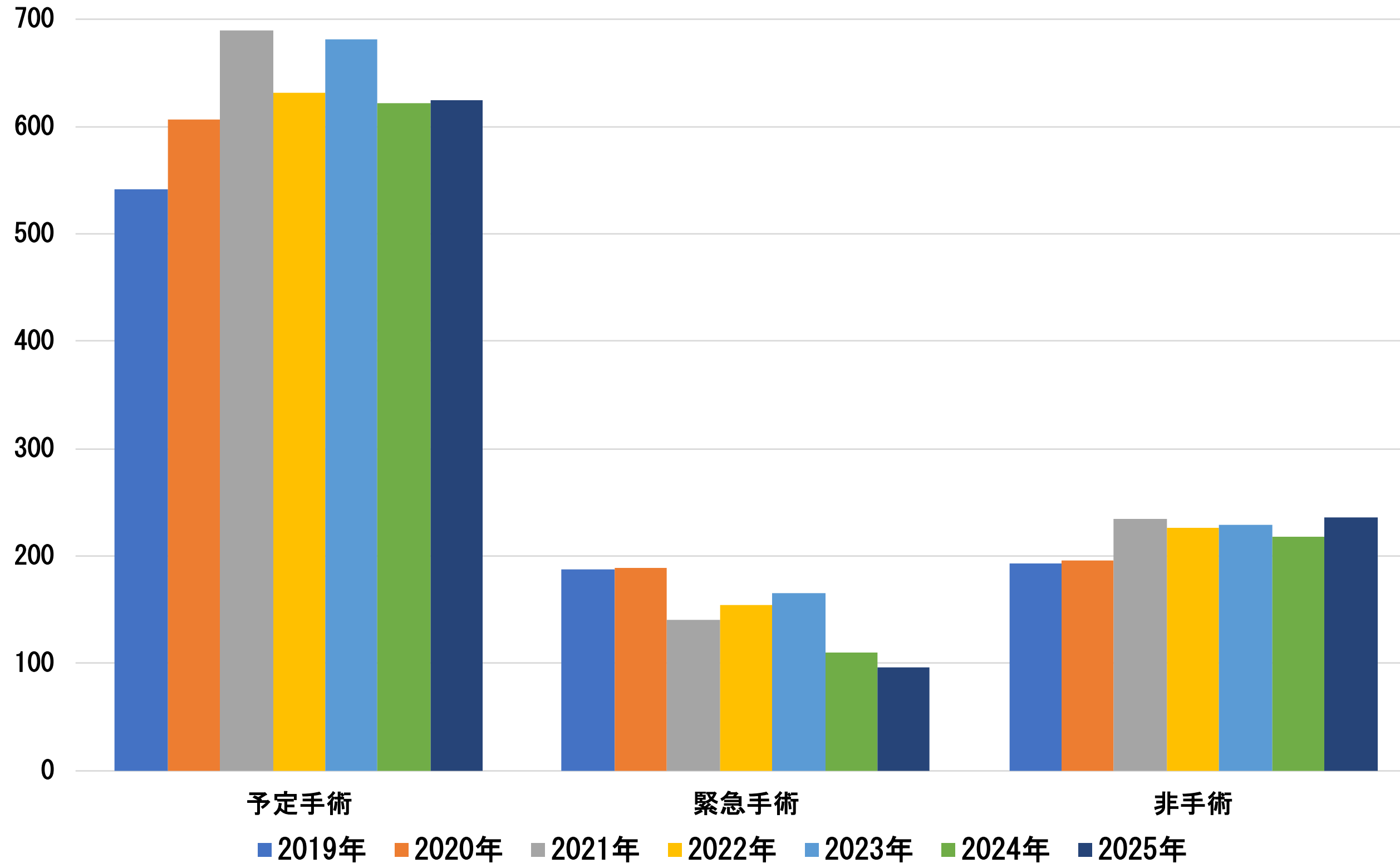
- SICUでは、病室内をビデオモニターで監視しています。
- ビデオ監視は、患者さんの生命・身体の保護を目的としています。
- プライバシーの保護に十分に配慮しています。



年度別SICU入室件数 2016年度-2025年度



SICU入室内訳推移 2019年-2025年





SICU入室実績概要 2023年-2025年

	2023年	2024年	2025年
入室総件数	1076件	949件	957件
平均年齢	67.35歳 (0.01-95歳)	66.87歳 (0.08-96歳)	65.75歳 (0.03-96歳)
男女比(男性/女性)	692/384	603/346	617/340
平均在室日数	5.39日 (1-103日)	5.84日 (1-77日)	5.55日 (1-100日)
SOFAスコア 入室日平均	4.90 (0-21)	4.71 (0-21)	4.56 (0-21)
SOFAスコア 退室日平均	3.34 (0-23)	3.38 (0-24)	3.51 (0-23)
SOFAスコア 最大値平均	5.42 (0-23)	5.44 (0-24)	5.37 (0-23)
入室時SOFAスコア5点以上の割合	41.82%	39.30%	45.66%
APACHE IIスコア平均	17.20 (3-54)	16.09 (2-52)	14.69 (2-52)
予測死亡率平均	30.73% (4.4-98.7%)	27.32% (3.8-98.3%)	23.17% (3.8-98.3%)
ICU死亡率 (ICUでの死亡者数)	5.58% (60例)	5.69% (54例)	6.37% (61例)

SICU入室の内訳 2023年-2025年

	2023年	2024年	2025年
予定入室	647件	598件	605件
緊急入室	429件	351件	352件

	2023年	2024年	2025年
予定手術の術後SICU入室	681件	622件	625件
緊急手術の術後SICU入室	166件	110件	96件
非術後のSICU入室	229件	218件	236件

SICUでの治療施行実績 2023年-2025年

	2023年	2024年	2025年
SICU内での緊急気管挿管	56例	79例	59例
人工呼吸(気管挿管または気管切開下)	367例	368例	360例
非侵襲的陽圧換気	50例	55例	56例
急性血液浄化療法(主に持続腎代替療法)	76例	60例	87例
IABP	12例	7例	13例
IMPELLA	2例	0例	0例
ECMO	12例	6例	10例

IABP : 大動脈内バルーンパンピング

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
2022年度	2872件
2023年度	2804件
2024年度	2906件
2025年度	2331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
2022年度	2423件
2023年度	2457件
2024年度	2441件
2025年度	2387件

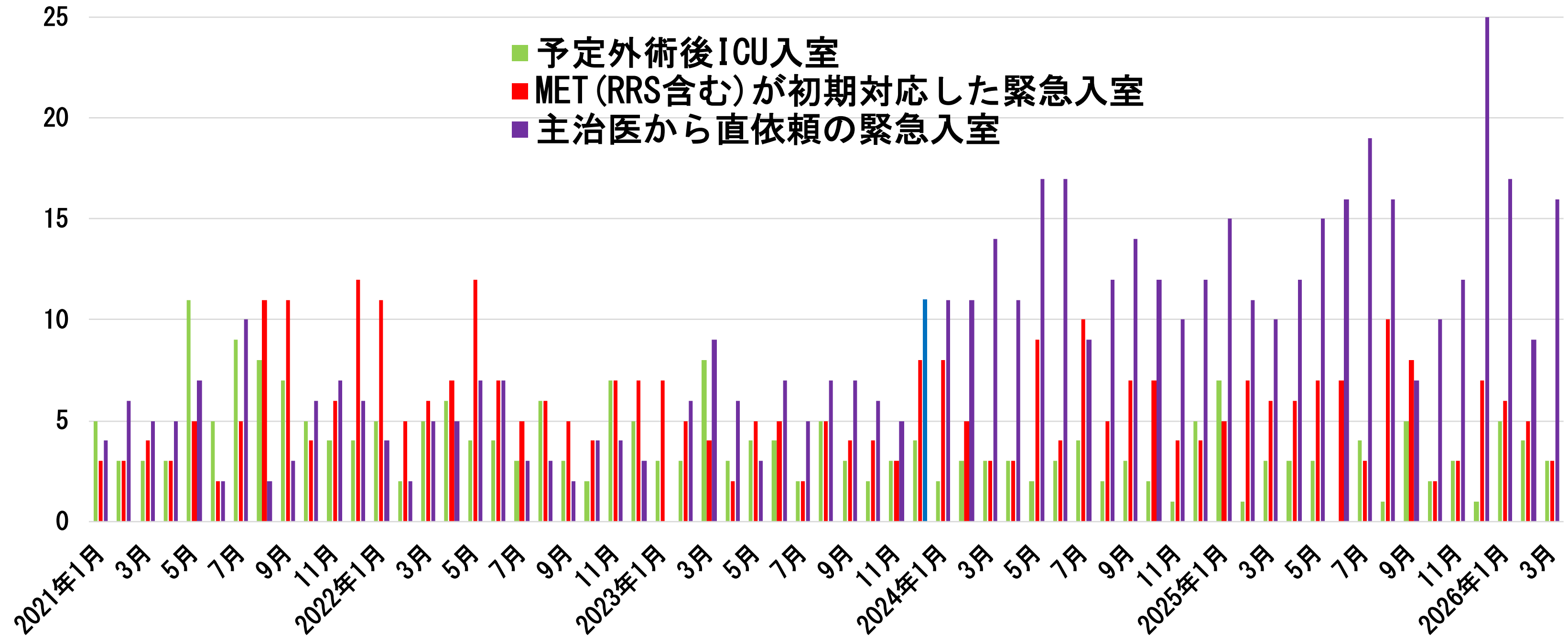
2020年5月より算定開始

診療科別SICU入室実績 2025年



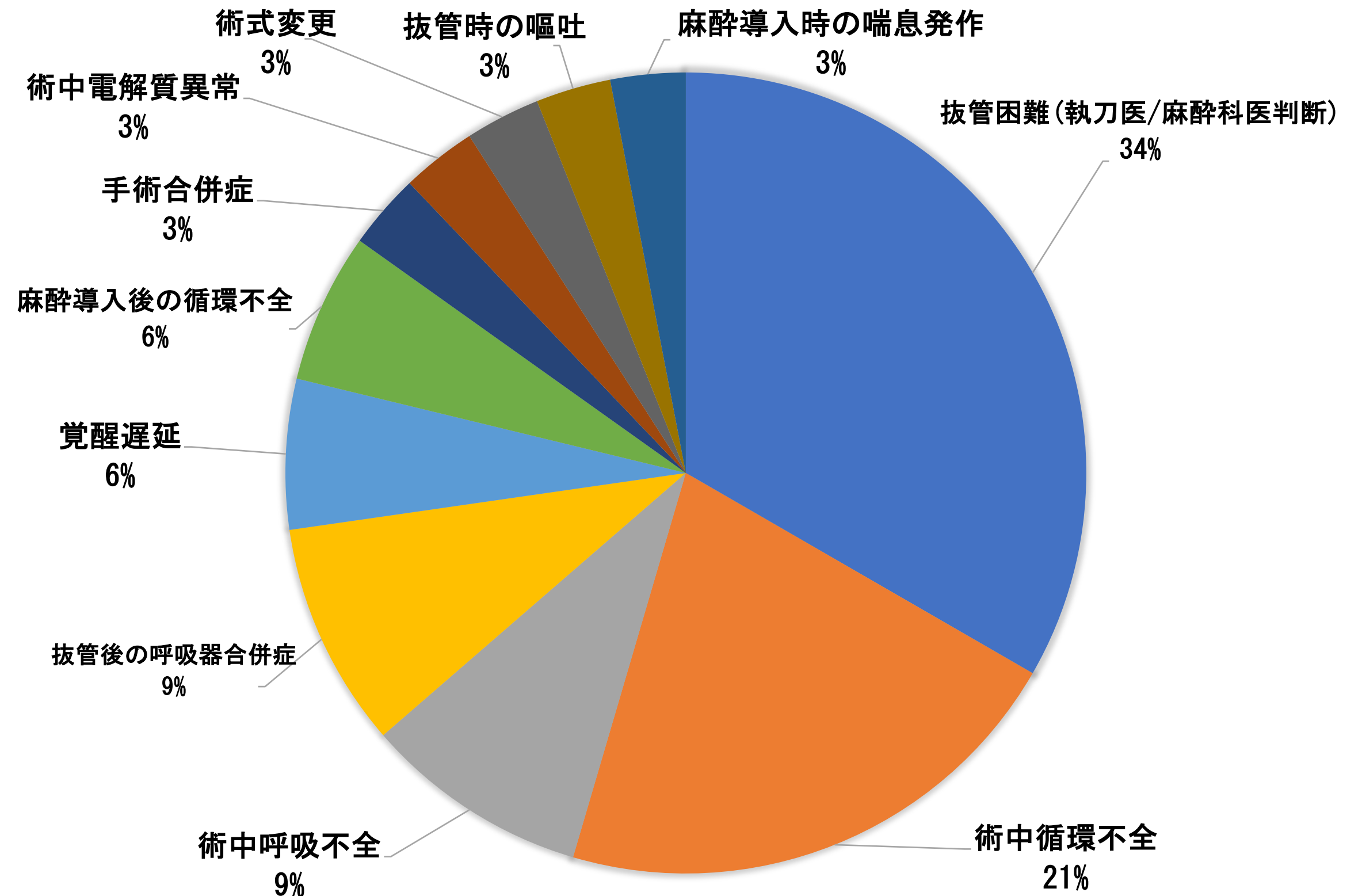
診療科	予定手術	緊急手術	非手術
消化器外科	296	59	54
心臓血管外科	114	22	16
内分泌外科	3	0	1
呼吸器外科	5	0	4
脳神経外科	17	20	19
整形外科・リウマチ科	7	2	1
女性診療科・産科	0	1	5
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	37	3	6
泌尿器科	48	1	12
形成外科・再建外科・美容外科	37	1	5
乳腺科	4	0	2
循環器内科	45	0	5
脳神経内科	0	0	10
腎臓内科	0	0	11
リウマチ・膠原病内科	0	0	9
血液内科	0	0	29
糖尿病・内分泌代謝内科	0	0	4
消化器・肝臓内科	0	0	38
呼吸器内科	0	0	9
小児科	0	0	4
放射線科	17	0	0
皮膚科	0	0	3
総合診療科	0	0	2

SICU緊急入室件数 2021年1月以降

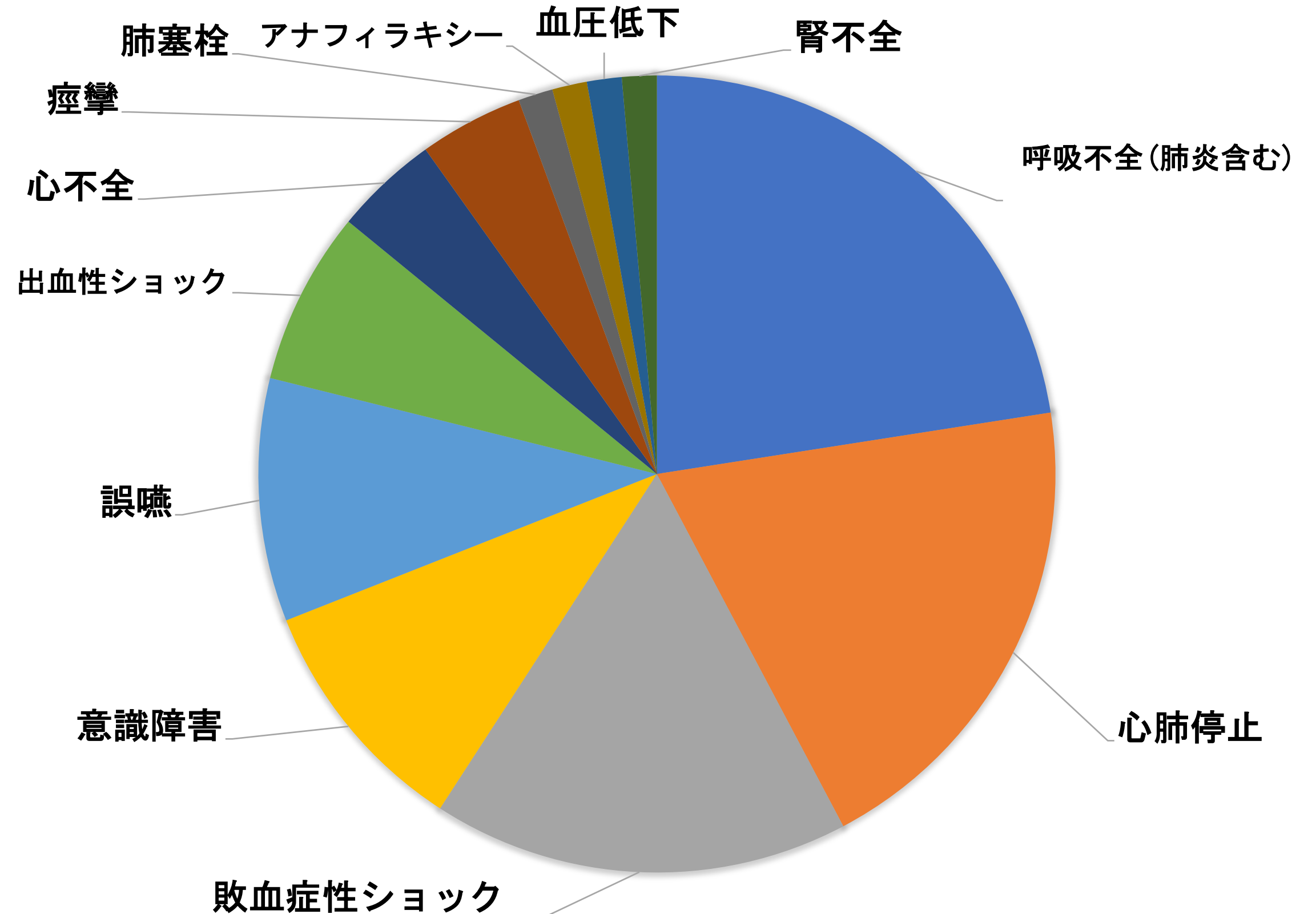


予定外 術後SICU入室理由 (2025年)

入室総数 33例



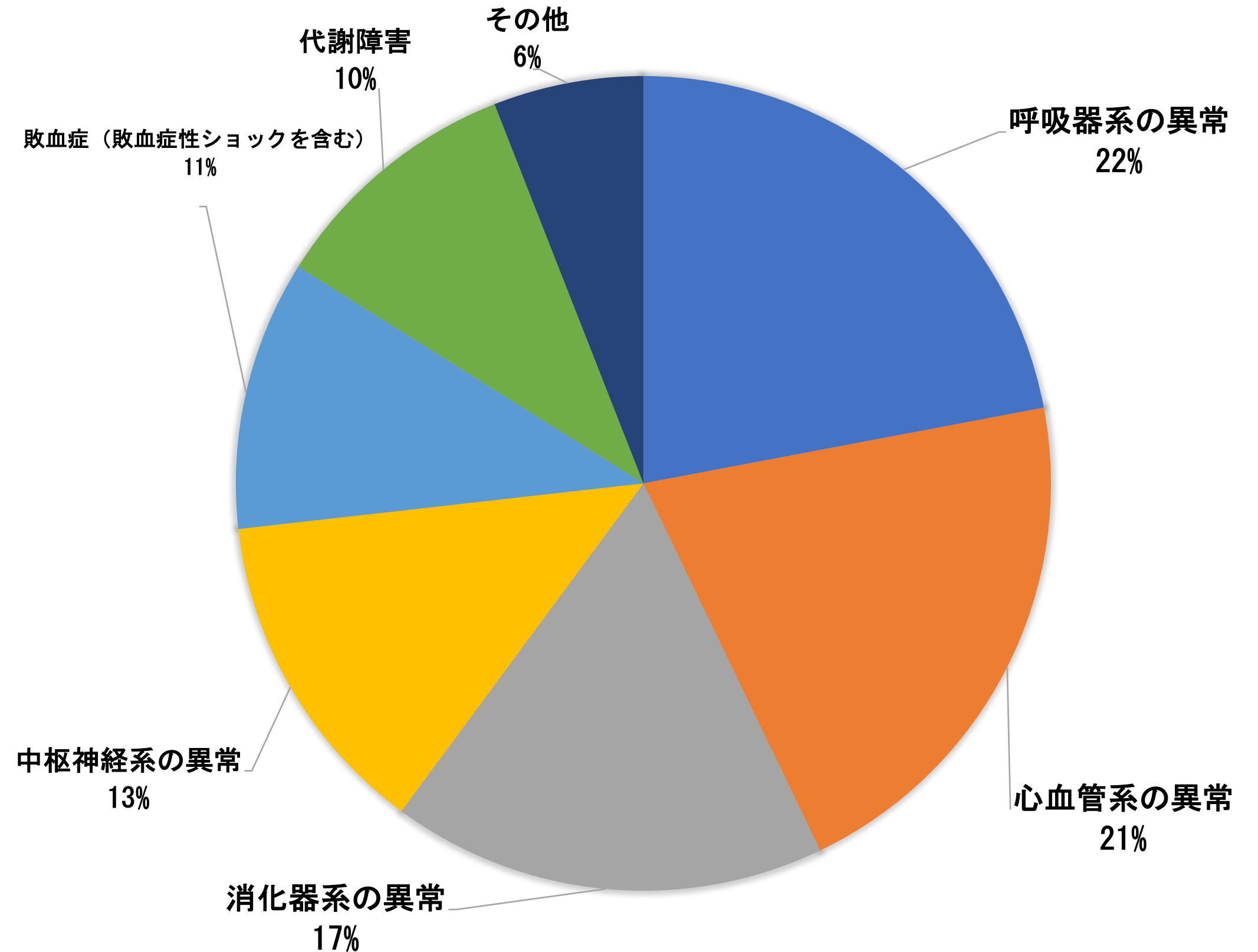
MET対応後の SICU緊急入室理由 (2025年)



入室総数 71例

MET対応以外の SICU緊急入室理由 (2025年)

入室総数 168例





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)