

2026年度 集中治療認証看護師制度 認証申請の手引き

一般社団法人 日本集中治療医学会
学会認証看護師制度委員会

日本集中治療医学会は集中治療認証看護師制度規則に基づいて、集中治療認証看護師(ICRN)および集中治療認証看護師-知識認証(ICRN-K)を認証する試験を実施する。

受験申請受付期間：集中治療認証看護師（ICRN）

2026年6月1日 10:00 ～ 6月30日 17:00（予定）

集中治療認証看護師-知識認証（ICRN-K）

2026年6月1日 10:00 ～ 6月30日 17:00（予定）

<受験申請について>

Web 申請フォームからの受験申請となります。

<問合せ先>

集中治療認証看護師制度の受験方法や制度に関するお問い合わせは、
日本集中治療医学会ホームページの「お問い合わせ」から送信をお願いいたします。

<https://www.jsicm.org/contact/>

お問い合わせ種別：集中治療認証看護師

ホームページの「お問い合わせ」が使用できない場合は、下記のメールアドレスに問い合わせメールでご連絡願います。

なお、メールの件名を「集中治療認証看護師に関する問い合わせ」としていただけますようお願いいたします。

一般社団法人 日本集中治療医学会事務局

E-mail : jimmu@jsicm.org

<認証制度について>

日本集中治療医学会では、重症患者に対する標準的な看護を提供できる看護師の能力の認証を行います。加えて、過去に集中治療室等での勤務経験はあるが、現在は集中治療室等以外の一般病棟等で勤務している看護師に対し、重症患者に対する標準的な看護を提供できる知識を有していることに対する認証を行います。

これらの認証により、集中治療看護の質の標準化と向上、および集中治療に対する需要が急激に高まるような非常事態に、集中治療看護を行うことが期待される看護師の育成と普及を行います。

すなわち、以下のような2つの種類の能力認証を行います。

① 集中治療認証看護師 (ICRN)

2026年3月31日時点で、基準を満たす治療室で勤務しており、重症患者に対する標準的な看護実践及び看護に必要な知識が認証された看護師です。

② 集中治療認証看護師—知識認証 (ICRN-K)

過去に基準を満たす治療室で重症患者の看護を行った経験があるが、現在は治療室外で勤務しており、重症患者に対する看護を行う上で標準的な知識を有していることを認証された看護師です。一般病棟等における重症患者への看護の質の向上、非常事態において、集中治療室等で重症患者に対する看護を行うことが期待されます。

以下、それぞれICRN、ICRN-Kと表記します。それぞれは全く別の認証の仕組みではなく、必要とされる要件が若干異なるだけであることに注意してください。認証期間は、認証を受けた年度の4年後にあたる年度の3月31日までです。更新時に要件を満たすことで、ICRN-KからICRNに移行することも、また、逆も可能です。

<試験について>

下記の要件をすべて満たしていない場合、試験を受けることはできません。

ICRN 及び ICRN-K の共通要件

- (1) 2026年3月31日時点で、基準を満たす治療室(※1)で重症患者の看護を行った経験(※2)を常勤で通算3年以上有すること。
 - (※1)「基準を満たす治療室」とは、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料を算定している治療室を指す。
 - (※2)「重症患者の看護を行った経験」とは、気管挿管中の人工呼吸管理下の患者で、かつ、観血的動脈ラインの管理を要する看護を日常的に行っていることを指す。
- (2) 2021年以降に、日本集中治療医学会が主催した下記のいずれかのセミナーを修了し、セミナー受講修了証を有すること。
 - ・ICU・CCU 看護セミナー（中級編）
 - ・ICU セミナー（中級編）
- (3) 日本国の看護師免許を有すること。
- (4) 日本集中治療医学会の会員であることは問わない。

個別要件

I) ICRN の場合

2026年3月31日時点で、基準を満たす治療室(※1)で勤務していること。

II) ICRN-K の場合

2026年3月31日時点で、基準を満たす治療室(※1)で勤務しておらず、かつ、2026年3月31日時点で、直近の基準を満たす治療室での勤務から5年以内であること。

筆記試験日： 2026年10月17日(土)
受付開始 11:00、 試験 12:00～14:00(予定)

試験会場： T O C有明 Convention Hall
(東京都江東区有明3丁目5番7号)
* 試験会場は上記の、東京都内の1カ所のみとなります。

募集人員： 600人程度を定員として予定しています。
* 定員を超過した場合は、抽選となります。

その他

- ① 試験問題数： 70問程度を予定
- ② 試験実施方法： マークシート方式を予定
- ③ 試験範囲： 集中治療室で標準的な看護を提供する上で必要な知識

参考図書

- ・ 集中治療医学 (Chapter 3 理論的治療のための生理学および Chapter 5 生理学に基づく集中治療)
編集:一般社団法人日本集中治療医学会 (2023 年第 1 版)

なお、推奨される内容が変化するものに関して、根拠とする文献は、本学会が公開している診療ガイドラインとします。

<受験申請手続き>

受験申請受付期間：

集中治療認証看護師 (ICRN)

2026 年 6 月 1 日 10:00 ～ 6 月 30 日 17:00 (予定)

集中治療認証看護師—知識認証 (ICRN-K)

2026 年 6 月 1 日 10:00 ～ 6 月 30 日 17:00 (予定)

* Web 申請フォームからの受験申請となります。

抽選結果通知：

定員 600 名を超過した場合は、抽選を実施します。

抽選結果は、受験申請者全員に 2026 年 7 月下旬までにメールにて通知致します。

書類審査料・試験審査料納入：

受験資格の確認を実施後、書類審査料・試験審査料の振り込みに関するお知らせを後日、事務局より通知します。

書類審査料：

集中治療認証看護師(ICRN)、集中治療認証看護師—知識認証(ICRN-K)の書類審査料

会 員 5,500 円 (消費税込)

非会員 5,500 円 (消費税込)

* 既納の書類審査料は返却致しかねます。

試験審査料：

集中治療認証看護師(ICRN)、集中治療認証看護師—知識認証(ICRN-K)の試験審査料

会 員 11,000 円 (消費税込)

非会員 15,000 円 (消費税込)

* 既納の試験審査料は返却致しかねます。

登録料：

集中治療認証看護師(ICRN)、集中治療認証看護師—知識認証(ICRN-K)認証書の登録料

会 員 2,200 円 (消費税込)

非会員 3,300 円（消費税込）

- * 登録料は、認証された方のみお支払いとなります。
- * 納入時期については、順次お知らせします。
- * 既納の登録料は返却致しかねます。

各種審査料振り込み先：

銀行名：りそな銀行

金融機関コード：0010

店番：453

預金種目：普通

店名：本郷支店

口座番号：1737666

受取人名：一般社団法人日本集中治療医学会

カタカナ：(社)ニホシツウリョウイカクカイゴケイ

※必ず申請者ご本人の名義でお振り込み下さい。

Web 申請時に必要となるアップロード書類：

指定の Web 申請フォームにアクセスして必要事項を入力する時に、セミナー受講修了証をファイル添付でアップロードする必要があります。

セミナー受講修了証

下記、いずれか 1 つのみで結構です。

- ・ 2025 年 12 月 1 日～31 日 ICU セミナー【中級】
- ・ 2025 年 8 月 1 日～31 日 ICU セミナー【中級】
- ・ 2024 年 12 月 1 日～31 日 ICU セミナー【中級】
- ・ 2024 年 8 月 1 日～31 日 ICU セミナー【中級】
- ・ 2024 年 3 月 1 日～31 日 ICU セミナー【中級】
- ・ 2023 年 9 月 1 日～30 日 ICU セミナー【中級】
- ・ 2023 年 3 月 1 日～31 日 ICU セミナー【中級】
- ・ 2022 年 9 月 1 日～30 日 ICU セミナー【中級】
- ・ 2022 年 2 月 1 日～3 月 31 日 ICU セミナー【中級】

<Web 申請フォーム>

指定の「Web 申請フォーム」にアクセスします。

「Web 申請フォーム」より、必要事項の入力と、必要書類のアップロードを行います。

「Web 申請フォーム」入力が完了すると、入力完了メールが届きます。

下記項目の入力が必要ですので、あらかじめ確認しておくことを お勧めします。

- 受験者／メールアドレス
- 受験者／氏名
- 受験者／氏名 フリガナ
- 看護師免許証・免許登録番号
- 看護師免許証・登録年月日
- 勤務先／施設名
- 勤務先／所属名(部科等)
- 勤務先住所

郵便番号：

都道府県：

市区町村番地：

ビル名：

* ICRN—K を受験される方で勤務されていない方は、勤務先に関する情報は必要ありません。

- 緊急時連絡先電話番号

資料等の郵送先を上記以外で希望される場合の住所

- 住所

郵便番号：

都道府県：

市区町村番地：

ビル名：

- 日本集中治療医学会会員

会員のみ会員番号

臨床経験証明フォーム

① 集中治療認証看護師（ICRN）

同じ治療室で勤務している（あるいは勤務していた）同僚 2 名（看護師、医師、問わない。日本集中治療医学会会員であることが望ましい）に、臨床経験年数に関する証明に関する同意を得た上で、それぞれの「**所属、職位、氏名、電話番号、メールアドレス（任意）**」を臨床経験証明フォームに記載してください。同僚の場合は、「職位」に職種と会員、非会員かを入れてください（「看護師、会員」など）。3 年間の臨床経験の証明に複数施設を合算する場合は、同じフォームを複数作成してください。

※ メールアドレスは任意です。証明者のメールアドレスを入力しない場合、申請者のメールアドレスを入力ください。

※ 臨床経験の証明者（同僚）の電話番号は職場の電話番号で問題ありません。

受験希望者が常勤で通算 3 年間、基準を満たす治療室で勤務し、気管挿管下における人工呼吸管理下の患者で、かつ、観血的動脈ラインの管理を要する看護を日常的に行っていることを証明するためのものです。

必ず、証明者の同意をとって、入力してください。入力された連絡先には、事務局から確認の連絡をすることがあります。虚偽の入力が発覚した場合、受験資格を喪失し、資格は取り消しになります。

※ 常勤で通算 3 年間分の証明だけ臨床経験証明フォームに記入して下さい。それ以上の証明は不要です。

② 集中治療認証看護師—知識認証（ICRN-K）

過去に治療室で勤務していた際の同僚 2 名（看護師、医師、問わない。日本集中治療医学会会員であることが望ましい）に、臨床経験年数に関する証明に関する同意を得た上で、それぞれの「**所属、職位、氏名、電話番号、メールアドレス（任意）**」を臨床経験証明フォームに記載してください。同僚の場合は、「職位」に職種と会員、非会員かを入れてください（「看護師、会員」など）。3 年間の臨床経験の証明に複数施設を合算する場合は、同じフォームを複数作成してください。

※ メールアドレスは任意です。証明者のメールアドレスを入力しない場合、申請者のメールアドレスを入力ください。

※ 臨床経験の証明者（同僚）の電話番号は職場の電話番号で問題ありません。

受験希望者が常勤で通算 3 年間、基準を満たす治療室で勤務し、気管挿管下における人工呼吸管理下の患者で、かつ、観血的動脈ラインの管理を要する看護を日常的に行っていることを証明するためのものです。

必ず、証明者の同意をとって、入力してください。入力された連絡先には、事務局から確認の連絡をすることがあります。虚偽の入力が発覚した場合、受験資格を喪失し、資格は取り消しになります。

※ 基準を満たす治療室（特定集中治療室管理料、救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料を算定している治療室）であるか、事前に確認しておいてください。臨床経験証明フォームの入力の際に必要なになります。

※ 常勤で要件に該当する期間の通算 3 年間分の証明だけ臨床経験証明フォームに記入して下さい。それ以上の証明は不要です。

登録情報の修正について

住所等の登録情報に変更が生じた場合は、事務局にご連絡ください。

集中治療認証看護師制度 受験登録の流れ

1. 日本集中治療医学会 HP の認定制度（集中治療認証看護師）より Web 申請フォームへアクセスしてください。
2. Web 申請フォームの入力を行います。受験者の情報を入力してください。

集中治療認証看護師 受験申請 Web 申請フォーム

認証試験を受験申請する方はこちらのフォームに入力して送信してください。
※ のある項目は入力必須項目です。

※ 受験者/メールアドレス	<input type="text"/> 確認のためもう一度入力してください。 <input type="text"/> @secure-cloud.jp @jsicm.org 受付、お知らせ等につきまして上記ドメインより案内させていただきます。 ドメインの受信設定を行ってから入力お願い致します。
※ 受験者/氏名（漢字）	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> 新字体で入力お願いします。
※ 受験者/氏名（フリガナ）	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> カタカナで入力お願いします。
性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
年齢	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
※ 看護師免許証・免許登録番号	<input type="text"/>
※ 看護師免許証・登録年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
※ 勤務先/施設名	<input type="text"/>
※ 勤務先/所属名(部科等)	<input type="text"/>
※ 勤務先住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所検索 都道府県 <input type="text"/> 市区町村番地 <input type="text"/> マンション/ビル名 <input type="text"/> 番地は、数字で入力お願いします。(例：15番13号の場合→15-13)
※ 受験者/緊急時連絡先電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

3. 臨床経験証明に関する情報を入力してください。

臨床経験証明 その1

※ 施設名	<input type="text"/>
※ 治療室名	<input type="text"/> 集中治療部、集中治療室、集中治療センター、ICU、救命救急センターICU等の名称を入力して下さい。
※ 施設基準	<input type="radio"/> 特定集中治療室管理料1・2 <input type="radio"/> 特定集中治療室管理料3・4 <input type="radio"/> 特定集中治療室管理料5・6 <input type="radio"/> 救命救急入院料1・3 <input type="radio"/> 救命救急入院料2・4 <input type="radio"/> 小児特定集中治療室管理料 上記のうち一つの施設基準を満たしている必要があります。
※ 勤務期間 自	---- ↓ 年 -- ↓ 月 -- ↓ 日
※ 勤務期間 至	---- ↓ 年 -- ↓ 月 -- ↓ 日

臨床経験証明 1-1

治療室の同僚（職種は問わない）による臨床経験の証明

※ 所属	<input type="text"/>
※ 職位	<input type="text"/>
※ 職種	<input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> 臨床工学技士 <input type="radio"/> 薬剤師 <input type="radio"/> その他
※ 氏名（漢字）	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> 新字体で入力をお願いします。
※ 氏名（フリガナ）	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> カタカナで入力をお願いします。
※ 電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/> 確認のためもう一度入力してください。 <input type="text"/>
※ 同意確認	<input type="checkbox"/> 臨床経験の証明に関する同意を得ました

臨床経験の証明者の「電話番号」は職場の電話番号で問題ありません。

※ 臨床経験証明が複数の施設で必要な場合は、「臨床経験証明 その2～4」をご活用ください。
臨床経験証明は新しい証明から順に記載下さい。

4. Web 申請フォームへの必要事項入力後は、必要書類のアップロードをおこないます。

最後に、個人情報の取扱への同意欄にチェックいただいて「確認画面へ」と移ります。

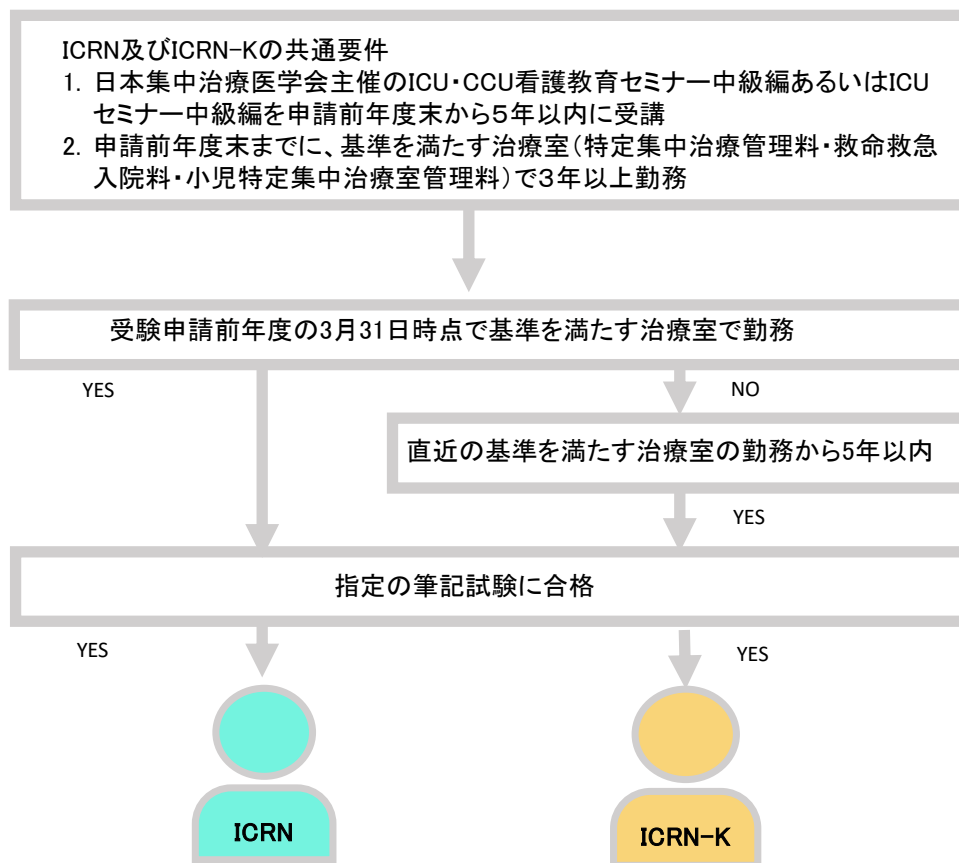
臨床経験証明 その4

臨床経験証明 追加エクセルシート	ファイルの選択 ファイルが選択されていません 常勤で要件に該当する期間の通算3年間分の証明だけ 臨床経験証明フォームに記入して下さい。 それ以上の証明は不要です。 1ファイルのみ。 5MB制限。 許可されたタイプ: xls, xlsx 臨床経験証明の記入が不足した場合追加のエクセルシートを添付
※ 研修受講歴	<input type="radio"/> 2025年12月 ICUセミナー【中級】 <input type="radio"/> 2025年8月 ICUセミナー【中級】 <input type="radio"/> 2024年12月 ICUセミナー【中級】 <input type="radio"/> 2024年8月 ICUセミナー【中級】 <input type="radio"/> 2024年3月 ICUセミナー【中級】 <input type="radio"/> 2023年9月 ICUセミナー【中級】 <input type="radio"/> 2023年3月 ICUセミナー【中級】 <input type="radio"/> 2022年9月 ICUセミナー【中級】 <input type="radio"/> 2022年2月3月 ICUセミナー【中級】
※ 研修受講歴・セミナー受講修了証 アップロード	ファイルの選択 ファイルが選択されていません 1ファイルのみ。 5MB制限。 許可されたタイプ: jpg, jpeg, gif, png, pdf
ファイル添付	ファイルの選択 ファイルが選択されていません 受講証明書取得時から改姓された方のみ、以下のいずれかの公的書類をアップロードしてください ・運転免許証のコピー ・パスポートのコピー ・健康保険証のコピー ・年金手帳のコピー ・住民票の写しまたは住民票の記載事項証明書のコピー ・戸籍簿（抄）本のコピー
今回のWeb申請に際してご入力いただいた個人情報は、集中治療認証看護師制度に関する連絡にのみ使用させていただきます。個人情報の取扱いに関しては学会のプライバシーポリシーをご確認下さい。	
※ 個人情報の取扱いへの同意	<input type="checkbox"/> 同意する 個人情報の取扱はこちら

上記の入力内容を確認して「確認画面へ」ボタンを押してください

確認画面へ

集中治療認証看護師制度 認証・更新のながれ



更新 4年間で下記要件を満たす

