

## 集中治療科専門医研修施設認定【更新】申請の手引き

一般社団法人 日本集中治療医学会  
専門医制度・審査委員会

日本集中治療医学会は専門医制度規則および同施行細則に基づいて、更新希望施設のみ集中治療科専門医研修施設更新の認定審査を行う。

### <申請期間>

- ① 9月30日まで認定施設 : 7月1日～7月31日 (消印有効) 申請
- ② 3月31日まで認定施設 : 1月1日～1月31日 (消印有効) 申請

### <申請対象施設>

認定期間が2026年9月30日までの、専門医研修施設が更新の対象となる。  
認定期間ごとのそれぞれのスケジュールは下記 URL より確認のこと。

<https://www.jsicm.org/certification/sp-schedule.html#shisetsu-koshin>

- ① 原則として書類審査のみとする。但し審査委員会で現地審査の必要を認めた場合は、その限りではない。
- ② 施設更新の認定基準は、新に施設申請を行う場合の基準と同じである。

### <集中治療科専門医研修施設の認定基準>

- ① 病院の中央診療部門であること (中央部門とはある特定の診療科に所属せず臨床各科が集中治療科専門医の下で、利用できる部門の事である)。
- ② 「特定集中治療室管理料 1～4」「救命救急入院料 2・4」「小児特定集中治療室管理料」のいずれかを有していること。
- ③ ベッド数4床以上を有すること。
- ④ 厚生労働省基準に加えて次のものを病院内に有すること (CT、血液浄化装置、血液交換など)。
- ⑤ 日本集中治療医学会が認定する集中治療科専門医が1人以上、専従していること。8床毎に概ね1人の専従医、そのうち1人は専門医であること。
- ⑥ 施設の責任者は原則として専門医であること。
- ⑦ 専門医は集中治療に関する臨床教育の責任者であること。
- ⑧ 専門医教育の研修に価すること。

### <申請書類>

- I - i) 集中治療科専門医研修施設の認定申請書
- I - ii) 施設責任者証明書類の写し
- II. 集中治療科専門医の集中治療科専門医認定証書の写し

- III. 地方厚生（支）局の特定集中治療室管理証（管理加算受領証）の写し  
（見本参照）注：届出書ではない。紛失した場合は再発行が必要。
- IV-i) 申請病院の概要
- IV-ii) 病院組織図における集中治療室の位置づけ
- V-i) 集中治療施設の概要
- V-ii) 見取図
- VI. 集中治療施設の勤務医師、および看護師およびその他の職種の構成と勤務体制
- VII. 集中治療施設の活動内容
- VIII-i) 集中治療室における専従医 1 週間の勤務表（VIII-ii の内の一週間を記載）
- VIII-ii) 集中治療室医師の昼間および夜間勤務表
- VIII-iii) 集中治療室における看護師の日勤および夜勤勤務表
- IX. 直近半年間の症例数と、そのうち代表する 30 例の治療概略の一覧表

#### <現地審査>

原則として書類審査のみとする。但し審査委員会で現地審査の必要を認めた場合は、その限りではない。

#### <申請の手続き>

- ① 9月30日まで認定施設 : 7月31日（消印有効）申請締切  
3月31日まで認定施設 : 1月31日（消印有効）申請締切
- ② 申請書の記載事項が、記載スペースを越える場合は、同じ書式（コピー可）で追加添付すること。
- ③ 申請書は正1部、副1部、計2部（A4版）を提出すること。  
副とは、申請書正1部の全ての頁（含追加添付頁）のコピーを指す。
- ④ 更新審査料は **11,000 円（消費税込）**。

振込先：りそな銀行 本郷支店 普通口座 1877819

名 義：一般社団法人日本集中治療医学会 専門医審査委員会

シヤ) ニホンシュウチョウリョウイカクカイ センモンイシンサイイカイ

\*振込後、手引き4頁目の「振込通知書」および振込票控え（写し）を添えて、申請書と併せて提出すること。（この口座は研修施設審査料のみのため、他事項の入金はしないこと。）

#### <申請書送付先>

〒113-0033

東京都文京区本郷 2-15-13 お茶の水ウイングビル 10 階

日本集中治療医学会 専門医審査委員会

TEL.03-3815-0589

\*一般書留、簡易書留またはレターパックプラスなど配達記録を追跡できる方法で送付すること。

# 見本

令和\*\*年\*\*月\*\*日

\*\*市\*\*町1-1-1

\*\*病院

院長 \*\* 殿

\*\*社会保険事務局長

又は \*\*厚生局長

特定集中治療室管理料（又は救命救急入院料2、4）の受理について（通知）

貴医療機関から届出のあった標記については、下記のとおり受理したので通知します。

## 記

1. 受理番号

（集）第\*号

2. 受理年月日

令和\*\*年\*\*月\*\*日

3. 算定開始年月日

令和\*\*年\*\*月\*\*日

4. 内訳等

（\*\*床）

1床当たりの床面積：\*\*m<sup>2</sup>

日本集中治療医学会 専門医制度・審査委員会 御中

## 振込通知書

集中治療科専門医研修施設認定に関する更新審査料 ¥11,000- を

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日に

\_\_\_\_\_銀行 \_\_\_\_\_支店より

下記の口座に送金いたしました。

りそな銀行 本郷支店 普通口座 1 8 7 7 8 1 9  
名義 一般社団法人日本集中治療医学会 専門医審査委員会  
シヤ) ニホンシュウチョウリョウイカクカイ センモンイシヤインカイ

審査を受ける研修施設名 :

\_\_\_\_\_

送金者名義 :

(審査を受ける研修施設名と送金者名義が異なる場合はご記入下さい)

\_\_\_\_\_

振込ご担当者 :

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_