2020年1月22日

集中治療専門医研修施設

責任者　各位

一般社団法人日本集中治療医学会

専門医制度・審査委員会委員長　垣花泰之

理事長　西田　修

専門医新規申請における新型コロナウイルス感染症対応に伴う臨時的な取扱期間の研修実績について（通知）

新型コロナウイルス感染症対応に伴い院内の研修施設以外で集中治療を行った場合、以下の「２つの要件」と「２つの条件」を全て満たせば、専門医新規申請時の「研修実績」として認める。

**２つの要件：**

(A) 新型コロナ感染症に対してやむを得ず特別対応を行なった病棟に限定される

(B) 認定された集中治療専門医研修施設を院内に有し、それ以外の病棟（院内）で集中治療の研修が行われた場合

**２つの条件：**

(a) 集中治療の研修が行われた病棟（HCU、CCU、etc）は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を取得している

**＊地方厚生（支）局の「管理加算受領証の写し」を提出**

(b) 集中治療専門医が指導できる体制が整っている

**＊「研修施設で指導した集中治療専門医の指導証明書」を提出**

見本）地方厚生局の管理加算受領証の写し

 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：＊＊㎡

研修指導証明書

西暦　　　　　　年　　　月　　　日

日本集中治療医学会

専門医制度・審査委員会　御中

病院名

指導者所属部署

指導者氏名

指導者専門医番号

下記の通り、新型コロナウイルス対応に伴い研修施設以外の院内病棟で研修指導を行ったことを証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 指導場所※ |  |
| 研修者氏名（専門医申請者） |  |
| 研修施設以外の院内病棟での研修期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |

※管理加算受領証の写しの提出が必要

＜認定される場合の要件＞

(A) 新型コロナ感染症に対してやむを得ず特別対応を行なった施設に限定される

(B) 認定された集中治療専門医研修施設を院内に有し、それ以外の施設（院内）で集中治療の研修が行われた場合