様式４

医療観察認知療法・認知行動療法の施設基準に係る届出書添付資料

※該当する届出事項を○で囲むこと。

１　医療観察認知療法・認知行動療法の届出

|  |  |
| --- | --- |
| 標榜診療科 | 　 |
| 医師の氏名 | 　 |
| 研修受講の有無 | 有　　・　　無 |
| 研修の名称 | ア　認知行動療法研修事業（厚生労働省事業） |
| イ　その他（名称） |

２　医療観察認知療法・認知行動療法ロの専任の看護師に係る要件

（１）医療観察認知療法・認知行動療法イの届出医療機関における精神科の外来に２年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

勤務した医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

勤務した期間　　　（　　年　　月～　　年　　月　　　）

同席した面接　　　（　　　　　　　　　　　　　　　回）

（２）うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち５症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

自ら行った面接　　　　　　　　（　　　症例　　　回　）

　うち、指導・確認を受けた面接（　　　症例　　　回　）

指導・確認を行った者の氏名　　（　　　　　　　　　　）

（３）認知療法・認知行動療法について適切な研修を修了していること。

研修名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

主催者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

厚生労働省による「認知行動療法研修事業」でスーパーバイザーを務めた経験を有する講師

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

［記載上の注意］

１　「１」について、研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。

２　「２」（３）について、複数の研修を修了している場合は、余白に記載すること。

３　「２」（３）について、適切な研修を修了したことを確認できる資料（修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。