

様式 4 - 2

〔医療観察認知療法・認知行動療法イ
医療観察認知療法・認知行動療法ロ
医療観察認知療法・認知行動療法ハ〕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・認知行動療法ロ又はハの専任の看護師又は公認心理師に係る要件

- (1) 医療観察認知療法・認知行動療法イを行う外来に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60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5症例60回以上実施していること。

○うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に5症例60回以上実施していること。

自ら行った面接 (症例 回)

- (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」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」(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。
- 「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。