

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・認知行動療法口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」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。