

様式 4

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	
指定番号	
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・認知行動療法イ又はハの実績に係る要件

(1)	都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)
(2)	① + ② + ③	回(≥6回)
	①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール等）に協力した回数	回
	②他の医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を行った回数	回
	③所属する指定通院医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
(3)	④所属する指定通院医療機関の時間外対応加算1の届出の有無	有 ・ 無
	⑤所属する指定通院医療機関の時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問い合わせ等に対応できる体制の有無	有 ・ 無

3 医療観察認知療法・認知行動療法ハの専任の看護師に係る要件

(1) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、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、医師が精神保健指定医の場合、指定番号を記載すること。
- 2 「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。
- 3 医療観察認知療法・認知行動療法イ又はハを届け出る場合、当該精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、要件の(1)、(2)又は(3)のいずれか2つ以上の要件を満たすこと。具体的には、(3)の場合、④又は⑤の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 4 「3」(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。
- 5 「3」(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)を添付すること。