

別添

施設基準に係る届出書

連絡先 担当者氏名： 電話番号：	届出番号
(届出事項)	
[医療観察認知療法・認知行動療法] の施設基準に係る届出	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)	
標記について、上記基準のすべてに適合しているもので、別添の様式を添えて届出します。	
令和 年 月 日	
指定医療機関の所在地及び名称	
開設者名	
東海北陸厚生局長 殿	
備考1 [ ]欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。	
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。	
3 届出書は、1通提出のこと。	

## 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。