別紙様式31

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日：　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称：

保険医療機関の所在地：

担当者氏名：

電話番号：

１　月14回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

|  |  |
| --- | --- |
| （１）精神科デイ・ケア等を月１回以上実施した患者の数の平均 | 人 |
| （２）精神科デイ・ケア等を月14回以上実施した患者の数の平均 | 人 |
| （３）　　　　（２）÷（１） |  |

２　精神科デイ・ケア等の平均実施期間

|  |  |
| --- | --- |
| 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から  報告年の９月末までの月数の平均 | 月 |

［記載上の注意点］

１　精神科デイ・ケア等とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアをいうこと。

２　「１」の（１）について、報告年度の4月から9月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を１回以上実施した患者数を算出した上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。

３　「１」の（２）について、報告年度の4月から9月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を14回以上実施した患者の数を求めた上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。

４　「２」について、「１」（３）が0.8未満である場合には、記載する必要はないこと。記載する場合には、報告年度の9月1日から9月30日に1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から９月末までの月数を算出した上で、平均の月数を記入すること。