（別紙様式 31）

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

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

保険医療機関名称：

所 在 地：

開 設 者：

担 当 者：

電 話 番 号：

報告年月日： 　　　　年　　　月 　　　日

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］

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