

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。