

日向市介護予防・日常生活支援総合事業サービスコード一覧（A6）

サービス種類	サービス項目	名称	基本/加算	算定単位	単位数	算定回数 制限期間	制限日数 回数	支給限度額 対象	認定区分		
									事業 対象者	支援1	支援2
A6	1111	通所型独自サービス1	基本	1月につき	1672	1月につき	1	対象	○	○	
A6	1112	通所型独自サービス1日割	基本	1日につき	55		0	対象	○	○	
A6	1113	通所型独自サービス1回数	基本	1回につき	384	1月につき	4	対象	○	○	
A6	1121	通所型独自サービス2	基本	1月につき	3428	1月につき	1	対象	○		○
A6	1122	通所型独自サービス2日割	基本	1日につき	113		0	対象	○		○
A6	1123	通所型独自サービス2回数	基本	1回につき	395	1月につき	8	対象	○		○
A6	4001	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ（3月に1回が限度）	加算	1月につき	100	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	4002	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ1	加算	1月につき	200	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	4003	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ2	加算	1月につき	100	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5002	通所型独自サービス運動器機能向上加算	加算	1月につき	225	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5003	通所型独自サービス栄養改善加算	加算	1月につき	200	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5004	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅰ	加算	1月につき	150	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5011	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅱ	加算	1月につき	160	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5005	通所型独自サービス事業所評価加算	基本	1月につき	120	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5006	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ1	加算	1月につき	480	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5007	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ2	加算	1月につき	480	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5008	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ3	加算	1月につき	480	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5009	通所型独自複数サービス実施加算Ⅱ	加算	1月につき	700	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	5010	通所型独自生活向上グループ活動加算	加算	1月につき	100	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	6103	通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ1	加算	1月につき	24	1月につき	1	対象外	○	○	
A6	6104	通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ2	加算	1月につき	48	1月につき	1	対象外	○		○
A6	6105	通所型独自サービス同一建物減算1	加算	1月につき	-376	1月につき	1	対象外	○	○	
A6	6106	通所型独自サービス同一建物減算2	加算	1月につき	-752	1月につき	1	対象外	○		○
A6	6011	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ1	加算	1月につき	88	1月につき	1	対象外	○	○	
A6	6012	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ2	加算	1月につき	176	1月につき	1	対象外	○		○
A6	6107	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ1	加算	1月につき	72	1月につき	1	対象外	○	○	
A6	6108	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ2	加算	1月につき	144	1月につき	1	対象外	○	○	○
A6	6109	通所独自サービス若年性認知症受入加算	加算	1月につき	240	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	6100	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	加算	1月につき	59	1月につき	1	対象外	○	○	○
A6	6110	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ	加算	1月につき	43	1月につき	1	対象外	○	○	○
A6	6111	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ	加算	1月につき	23	1月につき	1	対象外	○	○	○
A6	6116	通所型独自サービス栄養アセスメント加算	加算	1月につき	50	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	6118	通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	加算	1月につき	12	1月につき	1	対象外	○	○	○
A6	6119	通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅱ	加算	1月につき	10	1月につき	1	対象外	○	○	○
A6	6200	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ（6月に1回が限度）	加算	1回につき	20	1回につき	1	対象	○	○	○
A6	6201	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ（6月に1回が限度）	加算	1回につき	5	1回につき	1	対象	○	○	○
A6	6311	通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	加算	1月につき	40	1月につき	1	対象	○	○	○
A6	8001	通所型独自サービス1・定超	基本	1月につき	1170	1月につき	1	対象	○	○	
A6	8002	通所型独自サービス1日割・定超	基本	1日につき	39		0	対象	○	○	
A6	8003	通所型独自サービス1回数・定超	基本	1回につき	269	1月につき	4	対象	○	○	
A6	8011	通所型独自サービス2・定超	基本	1月につき	2400	1月につき	1	対象	○		○
A6	8012	通所型独自サービス2日割・定超	基本	1日につき	79		0	対象	○		○
A6	8013	通所型独自サービス2回数・定超	基本	1回につき	277	1月につき	8	対象	○		○
A6	8110	通所型独自サービス中山間地域等提供加算	加算	1月につき	5	1月につき	1	対象外	○	○	○
A6	8111	通所型独自サービス中山間地域等加算日割	加算	1日につき	5		0	対象外	○	○	○
A6	8112	通所型独自サービス中山間地域等加算回数	加算	1回につき	5		0	対象外	○	○	○
A6	9001	通所型独自サービス1・人欠	基本	1月につき	1170	1月につき	1	対象	○	○	
A6	9002	通所型独自サービス1日割・人欠	基本	1日につき	39		0	対象	○	○	
A6	9003	通所型独自サービス1回数・人欠	基本	1回につき	269	1月につき	4	対象	○	○	
A6	9011	通所型独自サービス2・人欠	基本	1月につき	2400	1月につき	1	対象	○		○
A6	9012	通所型独自サービス2日割・人欠	基本	1日につき	79		0	対象	○		○
A6	9013	通所型独自サービス2回数・人欠	基本	1回につき	277	1月につき	8	対象	○		○

水色は新設・黄色は変更があったサービスコード。
 単位数のクリーム色は加算率を示す。特別地域加算、小規模事業所加算、
 中山間地域等加算は「100分の○○」の○○の部分。
 処遇改善加算は「1000分の○○」の○○の部分を示す。