

5. 利用料金及びその他の費用

パルケアは特定事業所(Ⅱ)として基本利用料金に10%が加算されております。

サービスに要した費用の原則1割を利用者様へ負担して頂きます。負担上限月額については区市町村が定めた金額となります。

【料金表 ー基本料金・昼間ー】

	30分未満	30分～ 45分未満	45分～ 60分未満	60分～ 75分未満	75分～ 90分未満	
家事援助	1,310円	1,881円	2,430円	2,945円	3,393円	

	30分未満	30分～ 60分未満	60分～ 90分未満	90分～ 120分未満	120分～ 150分未満	150分～ 180分未満
身体介護	3,158円	4,972円	7,235円	8,243円	9,284円	10,315円
通院等介助 (身体介護あり)	3,158円	4,972円	7,235円	8,243円	9,284円	10,315円
通院等介助 (身体介護なし)	1,310円	2,430円	3,393円			

※基本料金に対して、早朝(午前6時～午前8時)・夜間(午後6時～午後10時)帯は、25%増し、深夜(午後10時～午前6時)は50%増しとなります。

※利用者様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2倍の料金となります。

※介護給付支給量を超えたサービスにつきましては、別途ご相談に応じます。

※市区町村が特別に認めた場合以外は、1回の訪問時間が以下の通りに制限されます。

身体介護：3.0h、家事援助：1.5h、通院等介助(身介あり)：2.0h、通院等介助(身介なし)：1.5h

【加算について】

加算項目	内容	利用料	利用者負担額
初回加算	新規に同行援護計画を作成した利用者に対し、初回利用同月内にサービス提供責任者が同行援護を行うか、ほかのケアワーカーと同行訪問致します。	1月につき 2240円	224円
緊急時対応 加算	利用者又はそのご家族より要請を受け、サービス提供責任者が同行援護計画の変更等を行い、計画的に訪問することになっていない同行援護等を緊急に行った場合、対象となります。	1回につき 1,120円	112円
利用者負担上限 額管理加算	利用者負担額合計額の管理を行った場合、対象となります。	1月につき 1,680円	168円
福祉・介護職員等 処遇改善加算 (Ⅰ)	一月につき介護職員処遇改善加算額は、 ※令和6年5月末まで 【介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス加算別率(27.4%)】 (1単位未満四捨五入)×1単位の単価となります。 ※令和6年6月より 【介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス加算別率(41.7%)】 (1単位未満四捨五入)×1単位の単価となります。		

福祉・介護職員等 特定処遇改善加 算 (Ⅱ)	一月につき福祉・介護職員等特定処遇改善加算額は、 【介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス加算別率(5.5%)】 (1 単位未満四捨五入)×1 単位の単価となります。 ※令和 6 年 5 月末で終了
福祉・介護職員等 ベースアップ等支援 加算	一月につき福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算額は、 【介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス加算別率(4.5%)】 (1 単位未満四捨五入)×1 単位の単価となります。 ※令和 6 年 5 月末で終了

◇交通費

渋谷区以外の地域にお住まいの方で、遠方の場合はその実額をご負担いただきます。

外出介護等におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費は、その実額をご負担いただきます。

◇キャンセル料

ご利用者の都合による訪問のキャンセルに関しては、申し出があった時点が訪問予定日の 1 日前～当日 の場合、ご利用者負担額と同等金額をお支払い頂きます (2 日前までにお申し出があった場合、キャンセル料は不要です)。

ご利用者がケア当日不在時 (15 分待機してもご不在時) の場合、キャンセルとさせていただきます、上記のキャンセル料がかかります。

※ご利用者の急な体調変化等によるご入院や、救急搬送等の場合は、上記の限りではありません。

◇その他

利用者様のお住まいで、サービス提供を行う為に使用する水道、ガス、電気、電話、介護用品、衛生管理用品等の費用は、利用者様の負担となります。

大型地震や大型台風などの災害時、又は、感染症等の国による緊急事態宣言発令時には、ご相談の上で訪問を控えさせて頂く場合がございます。

予測される大型台風や大雪などの悪天候の際には、事前に訪問日を別の日に振替えさせて頂く場合がございます。

6. 緊急時の対応について

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、当該家族に速やかに連絡し主治医に連絡する等必要な対応を行います。

連絡先①	氏名	続柄
	電話番号	
連絡先②	氏名	続柄
	電話番号	
主治医	病院名 医師名	
	電話番号	

