

在宅支援ホームヘルプサービス 事前チェック表(外出介助)

被保険者氏名： _____

ケアマネジャー氏名： _____

	チェック項目【外出介助】
1	☐ 当該外出介助は、介護保険適用外であることを確認した。
2	☐ 他の社会資源（インフォーマルサービス等）の導入を検討した。 （導入に至らなかった理由）
3	☐ 利用者の意向（介護保険適用外のサービス利用であること）を確認した。
4	☐ 当該外出介助の概要
	実施予定日
	外出目的 営利活動、賭博行為、その他公序良俗に反する目的は対象外
	目的地
	所要時間 1回あたり4時間 月8時間が上限
	移動手段
5	☐ 利用者の心身の状況の急変、または天候の悪化等によりサービス提供が中止となる事態が発生した場合の、関係者（利用者家族、介護事業所、ケアマネジャー等）の具体的な連絡・対応手順について、事前に合意している。
～特記欄～	