（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

滋　賀　県　知　事　様

（　　　　市町　　経由）

（事業所）

　所在地

事業所名

（事業所番号）

　 代表者　　　 印

令和　　年度外部評価の実施にかかる適用の申請について

　このことについて、「滋賀県認知症対応型共同生活介護事業所が提供するサービスの自己評価および外部評価実施要領」２（２）の規定を令和　　年度の外部評価について適用されるよう申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ２（２）の規定による要件 | 実　施　状　況 | | |
| ・過去に外部評価を５年間継続  して実施している  ・ア　別紙２の「１　自己評価及び  外部評価結果」および「２　目標  達成計画」を市町に提出している | 外部評価実施年度 | 評価公表日 | 市町提出日 |
| ①  ②  ③  ④  ⑤ |  |  |
| ・イ　運営推進会議が、過去１年間  に６回以上開催している  ・ウ　運営推進会議に、事業所の存  する市町の職員または地域包括支  援センターの職員が必ず出席して  いる | 開　催　日 | 市町および地域包括職員の出席（所属名のみ記載） | |
| ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥ |  | |
| ・エ　別紙２の「１　自己評価及び  外部評価結果」のうち、外部評価  項目の２、３、４、６の実践状況 | ２　事業所と地域とのつきあい  ３　運営推進会議を活かした取り組み  ４　市町村との連携  ６　運営に関する利用者、家族等意見の反映 | | |
| 担当者および連絡先 | 担当：　　　　　　　　連絡先： | | |

（様式２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

滋　賀　県　知　事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　市　町　長

令和　　年度外部評価の実施にかかる要件の確認について

　このことについて、別添様式１により令和　　年度の外部評価の実施にかかる申請がありましたので、その内容を確認しましたところ、下記のとおりでありました。

記

１．申請されました県実施要領２（２）の要件については、（　適正である。　　適正でない。）

　　＜適正でない場合の根拠　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞

２．県実施要領２（２）の規定を適用するにあたっての意見

（様式３）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　事業所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　 滋　賀　県　知　事

令和　　年度外部評価の実施にかかる適用について（通知）

　このことについて、下記の事業所に対する令和　　年度の外部評価について、「滋賀県認知症対応型共同生活介護事業所が提供するサービスの自己評価および外部評価実施要領」２（５）の規定に基づき、下記のとおり通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　所　名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| サービスの種別 |  |
| 事業所番号 |  |
| 適用の可否 | 適用します。  令和　　年度外部評価について  　　　　　　　　　　　　　　　　　適用しません。 |
| 適用しない場合  　はその理由 |  |

（様式４）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　市町介護保険担当課長　様

　　　　　　　　　滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長

令和　　年度外部評価の実施にかかる適用の結果について（通知）

　このことについて、　　年　　月　日付けで申請のありました　　　　　　事業所に対する令和　　年度の外部評価の実施にかかる取り扱いについては、別紙のとおり決定しましたので、お知らせします。