（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（元号）　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 発行責任者・担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先電話番号

（元号） 　　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・外部評価および運営推進会議を活用した評価の実施要領」２（２）の規定を(元号)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 |
| ①②③④⑤ |  |  |
| ・イ　運営推進会議を、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） |
| ①②③④⑤⑥ |  |
| ・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 |

（様式２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（元号）　　　　年　　月　　日

 滋　賀　県　知　事　様

 　　　　　　　　　　　　　　市　町　長

 発行責任者・担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先電話番号

（元号）　　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　　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）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（元号）　　　年　　月　　日

 　　事業所長　様

 　　　　　　　　　　　　　　　 滋　賀　県　知　事

（元号）　　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（元号）　　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・外部評価および運営推進会議を活用した評価の実施要領」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。（元号）　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）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（元号）　　　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

（元号）　　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、（元号）　　年　　月　日付けで申請のありました　　　　　　事業所に対する（元号）　　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。