

介 第 3 2 6 号  
令和 7 年 1 月 2 7 日

指定認知症対応型共同生活介護事業所管理者 様

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局  
介護サービス指導課長  
(公印省略)

地域密着型サービス外部評価の実施回数変更に関する取扱いについて（通知）

平素より、和歌山県の高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。  
標記について、「地域密着型サービス外部評価実施回数の変更申請」（別記第 3 - 1 号様式）  
（以下「変更申請」という。）の審査にあたり適用要件に対する認識誤りが散見されるため、  
下記のとおり、改めて認識の整理をさせていただきます。今後のご提出にあたってはご留意  
ください。

記

「過去に外部評価を 5 年間継続して実施している事業所」要件について

（１）外部評価実施については年度単位（４月１日～３月３１日）の実施をお願いいたします。  
※暦年（１月１日～１２月３１日）単位ではありません。

（２）変更申請の記載内容について

i 評価確定日とは、「評価を受けた日」ではなく、評価機関による「評価が確定した日」となります。

（過去の評価確定日が不明な場合は、WAMNET「福祉サービス評価情報」より検索することが可能です。）

⇒つまり、年度内に受審していても、評価機関による評価確定が年度内に行われない場合、該当年度は未実施となる場合がありますので、ご注意ください。

ii 県において外部評価の実施回数の変更を認められている場合は、県からの外部評価実施回数の変更決定通知の日付を記入してください。

(記載例)

別記第3-1号様式(第3条関係)

令和●●年●●月●●日

和歌山県介護サービス指導課長 様

代表者氏名には、申請する代表者の  
役職(理事長、代表取締役など)も記  
入してください。

法人名 社会福祉法人●●●●会  
代表者名 理事長 ●●●●

地域密着型サービス外部評価実施回数の変更申請

和歌山県地域密着型サービス評価実施要綱第3条第2項の規定により、下記のとおり  
外部評価の実施回数の変更を申請します。

記

1 事業所名等

|         |             |
|---------|-------------|
| 1 事業所番号 | ××××××××    |
| 2 事業所名  | グループホーム●●●● |
| 3 所在地   | ●●市●●●□□-□□ |

2 過去5年間継続して実施した外部評価の状況

|   | 評価確定日      | 評価機関名    |
|---|------------|----------|
| 1 | 令和元年 8月 2日 | ■■■■■■■■ |
| 2 | 令和2年 9月 2日 | ■■■■■■■■ |
| 3 | 令和3年 7月 3日 | ■■■■■■■■ |
| 4 | 令和4年 9月 1日 | 隔年適用     |
| 5 | 令和5年10月 5日 | ■■■■■■■■ |

県において外部評価の実施回数  
の変更を認められている場合は、県か  
らの外部評価実施回数の変更決定  
通知の日付を記入してください。

評価確定日は、「評価を受けた日」ではなく、評価機関による「評価が確定」した日を記入して  
ください。過去の評価確定日が不明な場合は、WAMNETの「介護」カテゴリから検索する  
ことが可能です。

また、隔年適用を受けている場合は、県からの隔年適用決定通知の日付を記入してください。

- iii 運営推進会議を活用して評価を受けた場合、外部評価を受けたものとみなすことができますが、「5年間継続して実施している事業所」の要件の適用に当たる継続年数に算入することはできませんのでご注意ください。

担当

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局

介護サービス指導課 壱岐

T E L 073-441-2527

F A X 073-441-2516