

「自主点検表」(令和元年度介護職員処遇改善加算実績報告)

○**記入担当者の連絡先** ※実績報告等の内容を把握されている方の連絡先を記入してください。

法人名	●●会	事業所名	●●●●デイサービス
フリガナ	サガ タロウ	TEL	0952-●●-●●●●
氏名	佐賀 太郎		

○**提出書類一覧** ※ No.1、2、7、9は必ず提出が必要です(No.3～6、8は該当する場合のみ)。

No.	様式名	チェック
1	【別紙様式3】介護職員処遇改善実績報告書(令和元年度)	<input checked="" type="checkbox"/>
2	【別添1】賃金等内訳書(1枚目～4枚目)	<input checked="" type="checkbox"/>
3	【別紙様式3(添付書類1)】介護職員処遇改善実績報告書(指定権者内事業所一覧表)	<input checked="" type="checkbox"/>
4	【別紙様式3(添付書類2)】介護職員処遇改善実績報告書(報告対象都道府県内一覧表)	<input checked="" type="checkbox"/>
5	【別紙様式3(添付書類3)】介護職員処遇改善実績報告書(都道府県状況一覧表)	<input type="checkbox"/>
6	【任意様式】法定福利費計算表	<input checked="" type="checkbox"/>
7	給与明細のコピー	<input checked="" type="checkbox"/>
8	【別添2】補足説明書	<input type="checkbox"/>
9	自主点検表	<input checked="" type="checkbox"/>

※ 特別事情届出書の提出が必要となる場合は、担当までご連絡ください。

※ チェック欄に「☑」を記入し、提出漏れがないか確認してください。

※注意事項

■ 手続きを行うに当たっては、別添「実績報告書作成の手順書」のとおり行ってください。

■ 記入例を作成していますので、記入の際の参考にしてください。

■ 県へ提出する場合の提出期限及び提出方法は以下のとおりです。保険者への提出に関しては各保険者の指示に従ってください。

○ 提出期限：令和2年7月31(金) 必着

※ 提出後に修正や差し替えが必要となった場合も、期限までに追加資料等を提出していただく必要がありますので、余裕を持った提出をお願いいたします。

○ 提出書類は、以下の宛先に郵送してください。

提出先：〒840-8570 佐賀市城内1-1-59 佐賀県庁 長寿社会課 サービス指導担当
封筒に『処遇改善実績報告書在中』と記載をお願いします。

※ 持参ではなく必ず郵送してください。

別紙様式 3

介護職員処遇改善実績報告書（令和元年度）

佐賀県知事 様

事業所等情報

介護保険事業所番号	4112345678
-----------	------------

事業者・開設者	フリガナ	●●カイ		
	名称	●●会		
主たる事務所の所在地	〒	840 - 8570		
		佐賀市城内1-1-59		
事業所等の名称	フリガナ			提供するサービス
	名称	別紙一覧表による		
事業所の所在地	〒			
	電話番号	0952-25-7266	FAX番号	0952-25-7265

事業所等情報については、複数の事業所ごとに一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載すること。

算定した加算の区分	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）			
賃金改善実施期間	平成 31 年 4 月	～	令和 2 年 3 月	
令和元年度分介護職員処遇改善加算総額				3,440,000 円
賃金改善所要額（ - ）				3,488,190 円
）加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額				20,318,190 円
）初めて加算を取得した月の前年度の賃金の総額				16,830,000 円

加算（ ）の上乗せ相当分を用いて計算する場合				
令和元年度分介護職員処遇改善加算総額 (加算（ ）による算定額から加算（ ）による算定額を差し引いた額)				円
賃金改善所要額（ - ）				円
）加算（ ）の算定により賃金改善を行った賃金の総額				円
）初めて加算（ ）を取得する月の前年度の賃金の総額				円

賃金改善を行った賃金項目及び方法	<ul style="list-style-type: none"> 基本給を介護職員1人当たり月額平均●●●円増額した。 処遇改善手当を新設し、介護職員1人当たり月額平均●●●円支給した。 R1年8月とR2年2月に賞与として介護職員1人当たり平均●●●円支給した。
以下の事項等を記載すること。 ・増額又は新設した賃金項目の種類（基本給、手当、賞与等） ・賃金改善の時期及びその金額	

介護職員処遇改善計画書において加算（ ）の上乗せ相当分を用いて計算している場合は、別添「H30実績報告書様式（上乗せ相当分を用いた場合用）」の様式を使用すること。

の積算の根拠資料として、別添「賃金等内訳書」を作成すること。
には、法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むことができる。
が を上回らなければならないこと。

の計算に際しては、賃金改善実施期間の職員の人数と合わせた上で算出すること。すなわち、比較時点から賃金改善実施期間の始点までに職員が増加した場合、当該職員と同等の勤続年数の職員が比較時点にもいたと仮定して、賃金総額に上乗せする必要があることに留意すること。

複数の介護サービス事業所等について一括して提出する場合、以下の添付書類についても作成すること。
・別紙様式3(添付書類1)「介護職員処遇改善実績報告書(指定権者内事業所一覧表)」 指定権者毎に作成
・別紙様式3(添付書類2)「介護職員処遇改善実績報告書(報告対象都道府県内一覧表)」 都道府県毎に作成
・別紙様式3(添付書類3)「介護職員処遇改善実績報告書(都道府県状況一覧表)」 佐賀県外に事業所がない場合は省略可

虚偽の記載や、介護職員処遇改善加算の請求に関して不正を行った場合には、支払われた介護給付費の返還を求められることや介護事業者の指定が取り消される場合があるので留意すること。

上記について相違ないことを証明いたします。

令和 2 年 7 月 ●● 日

(法人名) ●●会

(代表者名) 理事長 ●●●●

印

印

賃金等内訳書【1枚目（1～3事業所分）】※4事業所目以降がある場合は別シート「賃金等内訳書【2枚目（4～6事業所分）】」に記入してください。

別添1

1. 介護職員処遇改善加算総額

(単位:円)

区分	サービス提供月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
A. 保険給付額（国保連からのお知らせの額）※5月審査分～		300,000	280,000	280,000	300,000	300,000	300,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	3,440,000
B. 10割を利用者負担とした加算額														0
合計 (A+B)		300,000	280,000	280,000	300,000	300,000	300,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	3,440,000

2-1. 介護職員に支給した賃金額及び改善額

(単位:円)

事業所名 (サービス名)	賃金項目	賃金改善実施期間												計	
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
●●●デサービス (介護予防)通所介護	① 基本給	総額	900,000	900,000	900,000	900,000	900,000	900,000	900,000	900,000	900,000	900,000	900,000	900,000	10,800,000
		うち賃金改善額	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000	1,080,000
	② 処遇改善手当	総額	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	600,000
		うち賃金改善額	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	600,000
	③ 賞与	総額					300,000						300,000		600,000
		うち賃金改善額					200,000						300,000		500,000
	④	総額													0
		うち賃金改善額													0
	改善を行った項目以外の賃金		総額	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	1,800,000
	賃金の合計		総額	1,100,000	1,100,000	1,100,000	1,100,000	1,400,000	1,100,000	1,100,000	1,100,000	1,100,000	1,400,000	1,100,000	13,800,000
		うち賃金改善額	140,000	140,000	140,000	140,000	340,000	140,000	140,000	140,000	140,000	440,000	140,000	2,180,000	
△△△デサービス (介護予防)地域密着型通所介護	① 基本給	総額	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	4,800,000	
		うち賃金改善額	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	600,000	
	② 処遇改善手当	総額	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	240,000	
		うち賃金改善額	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	240,000	
	③ 賞与	総額					150,000						150,000	300,000	
		うち賃金改善額					100,000						150,000	250,000	
	④	総額												0	
		うち賃金改善額												0	
	改善を行った項目以外の賃金		総額	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000	960,000
	賃金の合計		総額	500,000	500,000	500,000	500,000	650,000	500,000	500,000	500,000	500,000	650,000	500,000	6,300,000
		うち賃金改善額	70,000	70,000	70,000	70,000	170,000	70,000	70,000	70,000	70,000	220,000	70,000	1,090,000	
【No.③】	①	総額												0	
		うち賃金改善額												0	
	②	総額												0	
		うち賃金改善額												0	
	③	総額												0	
		うち賃金改善額												0	
	④	総額												0	
		うち賃金改善額												0	
	改善を行った項目以外の賃金		総額												0
	賃金の合計		総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計		総額	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	2,050,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	2,050,000	1,600,000	20,100,000	
		うち賃金改善額	210,000	210,000	210,000	210,000	510,000	210,000	210,000	210,000	210,000	660,000	210,000	3,270,000	

法定福利費等

218,190

※ 合計欄の「うち賃金改善額」欄の合計額が「1.介護職員処遇改善加算総額」の合計額を上回る場合は入力不要です。

※ 法定福利費等を計上する場合は、「法定福利費等計算表(任意様式)」を提出してください。

3-1. 介護職員の人数(賃金改善実施期間の総数)

(単位:人)

No.	事業所名(サービス名)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
①	●●●デサービス(介護予防)通所介護	5.5	5.4	5.5	5.5	5.6	5.6	5.2	5.5	5.6	5.6	5.5	5.8	66.3
②	△△△デサービス(介護予防)地域密着型通所介護	2.0	2.0	1.8	1.9	2.0	2.0	2.2	2.1	1.9	2.0	1.9	2.0	23.8
③														0.0
合計		7.5	7.4	7.3	7.4	7.6	7.6	7.4	7.6	7.5	7.6	7.4	7.8	90.1

(参考) 介護職員1人当たり賃金改善月額 36,293円

(参考) 介護職員1人当たり賃金月額 223,085円

賃金等内訳書【2枚目（4～6事業所分）】 ※この様式は、法人で一括して計画書を作成しており、かつ、4事業所以上を一括している場合に提出が必要となります。7事業所目以降がある場合は別シート「賃金等内訳書【3枚目（7～9事業所分）】」に記入してください。

別添1

2-2. 介護職員に支給した賃金額及び改善額

(単位：円)

事業所名 (サービス名)	賃金項目	賃金改善実施期間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
【No.④】	改善を行った項目	①	総額												0	
			うち賃金改善額													0
	②	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	③	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	④	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金		総額													0
	賃金の合計		総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
【No.⑤】	改善を行った項目	①	総額												0	
			うち賃金改善額													0
	②	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	③	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	④	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金		総額													0
	賃金の合計		総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
【No.⑥】	改善を行った項目	①	総額												0	
			うち賃金改善額													0
	②	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	③	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	④	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金		総額													0
	賃金の合計		総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計（1枚目+2枚目）		総額	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	2,050,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	2,050,000	1,600,000	20,100,000	
		うち賃金改善額	210,000	210,000	210,000	210,000	510,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	660,000	210,000	3,270,000	

※この様式中の事業所分で法定福利費等を計算する必要がある場合は、賃金等内訳書【1枚目（1～3事業所分）】の「法定福利費等」欄に合算してください。

3-2. 介護職員の人数（賃金改善実施期間の総数）

(単位：人)

No.	事業所名（サービス名）	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
④														0.0
⑤														0.0
⑥														0.0
合計（1枚目+2枚目）		7.5	7.4	7.3	7.4	7.6	7.6	7.4	7.6	7.5	7.6	7.4	7.8	90.1

賃金等内訳書【3枚目（7～9事業所分）】 ※この様式は、法人で一括して計画書を作成しており、かつ、7事業所以上を一括している場合に提出が必要となります。10事業所目以降がある場合は別シート「賃金等内訳書【4枚目（10～12事業所分）】」に記入してください

別添1

2-3. 介護職員に支給した賃金及び改善額

(単位：円)

事業所名 (サービス名)	賃金項目	賃金改善実施期間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
【No.⑦】	改善を行った項目	①	総額												0	
			うち賃金改善額													0
	②	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	③	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	④	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金		総額													0
	賃金の合計		総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
【No.⑧】	改善を行った項目	①	総額												0	
			うち賃金改善額													0
	②	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	③	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	④	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金		総額													0
	賃金の合計		総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
【No.⑨】	改善を行った項目	①	総額												0	
			うち賃金改善額													0
	②	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	③	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	④	総額													0	
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金		総額													0
	賃金の合計		総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計（1枚目+2枚目+3枚目）		総額	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	2,050,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	2,050,000	1,600,000	20,100,000	
		うち賃金改善額	210,000	210,000	210,000	210,000	510,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	660,000	210,000	3,270,000	

※この様式中の事業所分で法定福利費等を計算する必要がある場合は、賃金等内訳書【1枚目（1～3事業所分）】の「法定福利費等」欄に合算してください。

3-3. 介護職員の人数（賃金改善実施期間の総数）

(単位：人)

No.	事業所名（サービス名）	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
⑦														0.0
⑧														0.0
⑨														0.0
合計（1枚目+2枚目+3枚目）		7.5	7.4	7.3	7.4	7.6	7.6	7.4	7.6	7.5	7.6	7.4	7.8	90.1

賃金等内訳書【4枚目（10～12事業所分）】 ※この様式は、法人で一括して計画書を作成しており、かつ、10事業所以上を一括している場合に提出が必要となります。13事業所目以降がある場合はお手数ですが担当までご連絡ください。

別添1

2-4. 介護職員に支給した賃金額及び改善額

(単位:円)

事業所名 (サービス名)	賃金項目	賃金改善実施期間												計		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
【No.⑩】	改善を行った項目①	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目②	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目③	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目④	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金	総額														0
	賃金の合計	総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
【No.⑪】	改善を行った項目①	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目②	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目③	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目④	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金	総額														0
	賃金の合計	総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
【No.⑫】	改善を行った項目①	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目②	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目③	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目④	総額														0
		うち賃金改善額														0
	改善を行った項目以外の賃金	総額														0
	賃金の合計	総額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	うち賃金改善額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計 (1枚目+2枚目+3枚目+4枚目)	総額	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	2,050,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	2,050,000	1,600,000	20,100,000		
	うち賃金改善額	210,000	210,000	210,000	210,000	510,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	660,000	210,000	3,270,000		

※この様式中の事業所分で法定福利費等を計算する必要がある場合は、賃金等内訳書【1枚目（1～3事業所分）】の「法定福利費等」欄に合算してください。

3-3. 介護職員の人数 (賃金改善実施期間の総数)

(単位:人)

No.	事業所名 (サービス名)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
⑩														0.0
⑪														0.0
⑫														0.0
合計 (1枚目+2枚目+3枚目+4枚目)		7.5	7.4	7.3	7.4	7.6	7.6	7.4	7.6	7.5	7.6	7.4	7.8	90.1

介護職員処遇改善実績報告書(指定権者内事業所一覧表)

法人名	●●会
-----	-----

指定権者名	佐賀県
-------	-----

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名	介護職員処遇改善加算額	賃金改善所要額
4112345678	●●●デイサービス	(介護予防) 通所介護	2,300,000 円	2,280,000 円
4198765432	△△△デイサービス	介護予防通所介護	地域密着型通所介護に計上 円	同左 円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合計	-	-	A 2,300,000 円	B 2,280,000 円

この様式は、複数の介護サービス事業所等を一括して提出する場合に作成することとし、指定権者毎に作成すること。A及びBは別紙様式3（添付書類2）の当該指定権者における金額と一致しなければならない。

介護職員処遇改善実績報告書(指定権者内事業所一覧表)

法人名	●●会
-----	-----

指定権者名	●●市
-------	-----

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名	介護職員処遇改善加算額	賃金改善所要
4198765432	△△△デイサービス	地域密着型通所介護	1,140,000 円	1,140,000 円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合計	-	-	A 1,140,000 円	B 1,140,000 円

この様式は、複数の介護サービス事業所等を一括して提出する場合に作成することとし、指定権者毎に作成すること。A及びBは別紙様式3（添付書類2）の当該指定権者における金額と一致しなければならない。

介護職員処遇改善実績報告書(都道府県状況一覧表)

法人名		
都道府県	介護職員処遇改善加算額	賃金改善所要額
北海道	円	円
青森県	円	円
岩手県	円	円
宮城県	円	円
秋田県	円	円
山形県	円	円
福島県	円	円
茨城県	円	円
栃木県	円	円
群馬県	円	円
埼玉県	円	円
千葉県	円	円
東京都	円	円
神奈川県	円	円
新潟県	円	円
富山県	円	円
石川県	円	円
福井県	円	円
山梨県	円	円
長野県	円	円
岐阜県	円	円
静岡県	円	円
愛知県	円	円
三重県	円	円
滋賀県	円	円
京都府	円	円
大阪府	円	円
兵庫県	円	円
奈良県	円	円
和歌山県	円	円
鳥取県	円	円
島根県	円	円
岡山県	円	円
広島県	円	円
山口県	円	円
徳島県	円	円
香川県	円	円
愛媛県	円	円
高知県	円	円
福岡県	円	円
佐賀県	円	円
長崎県	円	円
熊本県	円	円
大分県	円	円
宮崎県	円	円
鹿児島県	円	円
沖縄県	円	円
全国計	E 0 円	F 0 円

この様式は、複数の介護サービス事業所等を一括して提出する場合に作成することとするが、佐賀県外に事業所がない場合は作成を省略可とする。
E及びFは別紙様式3の 及び の金額と一致しなければならない。

補足説明書

法人名	●●会
-----	-----

内 容
<p>補足説明が必要となった理由</p> <p>例1： の理由により、賃金実施期間に加算受給額を上回る額の賃金改善ができなかったため。</p> <p>例2： の理由により、計画書で定めていた賃金実施期間「平成30年 月から平成31年 月」を「平成30年 月から平成31年 月」に変更したため。</p>
<p>事業所（法人）でとった対応等</p> <p>例1： 加算受給額を上回る額の賃金改善を行うために平成30年 月に一時金として 円支給しました。なお、この 円については、賃金等内訳書の 月の欄に合算して計上しています。以上の対応については、全ての介護職員に対し事情を説明し了解を得ました。</p> <p>例2： 前年度の賃金改善実施期間と重複しない変更ではあるが、全ての介護職員に対し事情を説明し了解を得ました。</p>

この様式は、やむを得ない事情等により、計画書の内容を変更した場合（変更届の提出要件に該当しない場合のみ）及び賃金改善実施期間において改善額が加算額を上回らなかった場合等に提出するものとし、事業所でとった対応等を具体的に記入してください。

記入欄が不足する場合は、別紙（任意様式）に記入の上、提出してください。