

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
定員超過減算	利用定員を上回る利用者(1月間(歴月)の利用者数の平均(小数点以下切上げ))を利用させていないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		サービス提供記録
	月平均の利用者の数が利用定員を超える場合は、翌月から解消月まで、利用者全員について、介護報酬を告示上の額の70/100の算定としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
人員基準減算	看護職員および介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っていないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 サービス提供記録
	看護職員および介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数から一割を超えて減少した場合には翌月から解消月まで、一割の範囲内で減少した場合にはその翌々月から解消月まで、利用者全員について、介護報酬を告示上の額の70/100の算定としているか。 ※看護職員の算定式 $\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{当該月のサービス提供日数}}$ ※介護職員の算定式 $\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	介護報酬算定届
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて通所介護を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	本加算を算定する利用者について、交通費の支払いを受けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者(40歳以上60歳未満。60歳の誕生日の前々日まで。)に対して算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	サービス提供記録
	利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		介護予防通所介護計画等

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
同一建物減算	事業所と同一建物に居住または同一建物から通う利用者に対し、減算を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	介護予防通所介護計画書等
	例外的に減算対象とならない場合（傷病により一時的に歩行困難な者または歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難な者に対し、2人以上の従業者が往復の移動を介助した場合）は、その理由や移動介助の方法および期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で検討し、その内容および結果について通所介護計画に記載しているか。また、移動介助者および移動介助時の利用者の様子等について、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	サービス担当者会議の記録 サービス提供記録
生活機能向上グループ活動加算	利用者自らが日常生活上の課題に応じて活動を選択できるよう、日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組んでいるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		介護予防通所介護計画 アセスメント記録
	生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員等（介護職員等）が共同して、利用者の生活機能の向上の目標を設定した介護予防通所介護計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	生活機能向上グループ活動サービスは、次の手順により行っているか。また、次の手順により得られた結果は、介護予防通所介護計画に記載しているか。 <input type="checkbox"/> 状況等の把握 <input type="checkbox"/> 要支援状態に至った理由と経緯 <input type="checkbox"/> 要支援状態となる直前の日常生活の自立の程度と家庭内での役割の内容 <input type="checkbox"/> 要支援状態となった後に自立してできなくなったこともしくは支障を感じるようになったこと <input type="checkbox"/> 現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容 <input type="checkbox"/> 近隣との交流の状況等 <input type="checkbox"/> 目標等の設定 <input type="checkbox"/> 具体的な日常生活上の課題 <input type="checkbox"/> 概ね3月程度で達成可能な目標（到達目標） <input type="checkbox"/> 概ね1月程度で達成可能な目標（短期目標）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
生活機能向上グループ活動加算 (つづき)	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画と整合性のとれた内容 <input type="checkbox"/> 到達目標を達成するために適切な活動項目の選定 <input type="checkbox"/> 実施期間等および利用者への説明と同意 <input type="checkbox"/> 実施時間(利用者の状態や活動の内容を踏まえた適切な時間) <input type="checkbox"/> 実施頻度(1週間につき一回以上) <input type="checkbox"/> 実施期間(概ね3月以内)				実施記録 モニタリング記録
	一のグループの人数は6人以下としているか。(1人は不可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	あらかじめ生活機能向上グループ活動に係る計画を作成し、当該活動項目の具体的な内容、進め方および実施上の留意点等を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	一のグループごとに、生活機能向上グループ活動の実施時間を通じて1人以上の介護職員等を配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	実施日ごとに、実施時間、実施内容、参加した利用者の人数および氏名等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	利用者の短期目標に応じて、概ね1月毎に、短期目標の達成度と客観的な状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、生活機能向上グループ活動に係る計画を修正しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	計画に定める実施期間終了後に、到達目標の達成状況および現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割、近隣との交流の状況等について確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	確認の結果、到達目標を達成している場合は、生活機能向上グループ活動を終了し、その結果を介護予防支援事業者に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
確認の結果、到達目標を達成していない場合は、達成できなかった理由を明らかにするとともに、当該サービス継続の必要性について利用者および介護予防支援事業者と検討しているか。また、その上で、当該サービスを継続する場合は、適切に実施方法および実施内容等を見直しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
生活機能向上グループ活動加算 (つづき)	同月中に利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算または選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定している場合に算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
運動器機能向上加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表
	利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズおよび運動器の機能の状況を、利用開始時に把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		アセスメント記録
	理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するための概ね3月程度で達成可能な目標(長期目標)および長期目標を達成するための概ね1月程度で達成可能な目標(短期目標)を設定しているか。また、介護予防サービス計画との整合を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		運動器機能向上計画
	長期目標および短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとに運動器機能向上計画を作成しているか。 * 内容: <input type="checkbox"/> 運動の種類 <input type="checkbox"/> 実施期間(概ね3月間程度) <input type="checkbox"/> 実施頻度 <input type="checkbox"/> 1回あたりの実施時間 <input type="checkbox"/> 実施形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	作成した計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	計画に基づき、理学療法士等、介護職員その他の職種の者が利用者ごとに運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録しているか。また、実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		実施記録
	利用者の短期目標に応じて、概ね1月間毎に、短期目標の達成度と客観的な状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、計画を修正しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		モニタリング記録

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
運動器機能向上加算 (つづき)	計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成状況および運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を介護予防支援事業者に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	アセスメント記録
	定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		サービス提供記録、勤務実績表
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表
	次のいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者について算定しているか。 イ. BMIが18.5未満である者 ロ. 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者または「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.(11)の項目が「1」に該当する者 ハ. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ニ. 食事摂取量が不良(75%以下)である者 ホ. その他低栄養状態にあるまたはそのおそれがあると認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		※「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成18年3月31日老老発第0331009号、最終改正;平成24年3月16日)
	算定は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)(様式例)
	利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能および食形態にも配慮しつつ、利用者の栄養状態に関して解決すべき課題の把握(栄養アセスメント)を行い、多職種共同で栄養食事相談に関する事項、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		栄養ケア提供経過記録
	作成した計画については、利用者またはその家族に説明し、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録しているか。なお、サービス提供の際、計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
栄養改善加算 (つづき)	利用者の栄養状態に応じて、定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を担当の介護支援専門員や主治医に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)(様式例) 勤務実績表、サービス提供記録
	定員超過利用、人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3月を超えて引き続き算定する場合は、概ね3月ごとの評価の結果、上記イ～ホのいずれかに該当する者であって継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められるものについて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表 ※「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成18年3月31日老老発第0331008号、最終改正;平成24年3月16日)
	次のいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者について、算定しているか。 イ. 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者 ロ. 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者 ハ. その他口腔機能の低下している者またはそのおそれがある者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医または主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
口腔機能向上加算 (つづき)	利用者が歯科診療を受診している場合であって、以下のイまたは口のいずれかに該当する者に加算を算定していないか。 イ. 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 ロ. 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施」を行っていない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		口腔機能向上サービスに関する課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票(様式例)
	算定は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	利用者ごとの口腔機能を利用開始時に把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、多職種共同で取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録
	作成した計画については、利用者またはその家族に説明し、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。なお、サービス提供の際、計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		口腔機能向上サービス提供経過記録
	利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を担当の介護支援専門員や主治医、歯科医師に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		口腔機能向上サービスに関する課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票(様式例)
	定員超過利用、人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		勤務実績表、サービス提供記録

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
口腔機能向上加算 (つづき)	<p>3月を超えて引き続き算定する場合は、概ね3月ごとの評価の結果、以下のイまたは口のいずれかに該当する者であって、継続的に口腔機能向上サービスを提供することによって、口腔機能の向上の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められるものについて行っているか。</p> <p>イ. 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者</p> <p>ロ. 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	口腔機能向上サービスに関する課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票(様式例)
選択的サービス複数実施加算	運動器機能向上加算、栄養改善加算または口腔機能向上加算のうち2種類もしくは3種類のサービスを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	実施記録
	利用者が介護予防通所介護の提供を受けた日に、利用者に対して選択的サービスを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月に2回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	同月中に運動機能向上加算、栄養改善加算または口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合に算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
事業所評価加算	選択的サービスを行っており、かつ加算(申出)の届出を行い、算定基準適合事業所として決定された場合に、翌年度内に限り加算を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
サービス提供体制強化加算 I(イ)	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が5割以上(常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均)か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	算定表、勤務実績表、介護福祉士登録証
	前年度の実績が6月に満たない事業所は、算定月の直近3月間の割合が5割以上か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	上記算定要件を満たす記録を作成・保管しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
サービス提供体制強化加算 I (口)	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が4割以上(常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均)か。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	算定表、勤務実績表、介護福祉士登録証
	前年度の実績が6月に満たない事業所は、算定月の直近3月間の割合が4割以上か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	上記算定要件を満たす記録を作成・保管しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
サービス提供体制強化加算 II	直接処遇職員(生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員)のうち勤続年数3年以上の職員の占める割合が3割以上か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	算定表、勤務実績表
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	上記算定要件を満たす記録を作成・保管しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護職員処遇改善加算 I ~ V 共通	加算の算定見込額を上回る介護職員の賃金改善計画を策定し、計画に基づく適切な措置を講じているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書(別紙様式2)
	介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、届け出ているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	加算算定額に相当する賃金改善を実施しているか。事業継続困難な場合に賃金水準を見直す場合には、その内容を届け出ているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		特別な事情に係る届出書(別紙様式4)
	事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を報告しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		労働保険概算・確定保険料申告書等
	労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果			確認書類等
		はい	いいえ	非該当	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	【キャリアパス要件Ⅰ】 介護職員の任用の際における職責または職務内容等の要件を定め、書面を作成し、全ての介護職員に周知しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		就業規則等
	【キャリアパス要件Ⅱ】 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、研修の実施または研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		研修計画等
	【キャリアパス要件Ⅲ】 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組みまたは一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設け、その内容を書面で作成し、全ての介護職員に周知しているか。			<input type="checkbox"/>	
	【職場環境等要件①】 平成27年4月から計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容および当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護職員処遇改善加算Ⅱ	上記キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱをいずれも満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		就業規則、研修計画等
	【職場環境等要件①】 平成27年4月から計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容および当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算Ⅲ	上記キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱのいずれかを満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		就業規則、研修計画等
	【職場環境等要件②】 平成20年10月から計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容および当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護職員処遇改善加算Ⅳ	上記キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱまたは職場環境等要件②のいずれかを満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就業規則、研修計画等