

## 607 地域密着型介護福祉施設サービス

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	利用者数25人以下	<input type="checkbox"/>	看護・介護1人未満
	利用者数26人以上60人以下	<input type="checkbox"/>	看護・介護2人未満
	ユニット型・・・2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/>	満たさない
ユニットケア減算	日中常時1名以上の介護又は看護職員の配置	<input type="checkbox"/>	未配置
	ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置	<input type="checkbox"/>	未配置
身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/>	未整備
日常生活継続支援加算	入所者総数のうち要介護4・5の者が7割以上、介護を必要とする認知症入所者（日常生活自立度Ⅲ以上）が6割5分以上又はたんの吸引等を必要とする者が1割5分以上	<input type="checkbox"/>	該当
	介護福祉士の数が常勤換算方法で6：1以上の配置	<input type="checkbox"/>	配置
	サービス提供体制強化加算の算定をしていない	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
看護体制加算（I）イ	地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/>	該当
	常勤の看護師を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
看護体制加算（I）ロ	経過的ユニット型経過的な地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型旧措置入所者経過的な地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/>	該当
	常勤の看護師を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
看護体制加算(Ⅱ)イ	地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/>	該当
	看護職員を常勤換算で2名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
	看護職員による24時間の連絡体制の確保	<input type="checkbox"/>	該当
	24時間連絡体制(連絡対応体制に関する指針やマニュアル等が整備され、看護職員不在時の介護職員の観察項目の標準化がされ、看護介護職員に研修等で周知されている等)が周知されている	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
看護体制加算(Ⅱ)ロ	経過的ユニット型経過的な地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型旧措置入所者経過的な地域密着型介護福祉施設サービス	<input type="checkbox"/>	該当
	看護職員を常勤換算で2名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
	看護職員による24時間の連絡体制の確保	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	経過的な地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	ユニット型地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	ユニット型経過型地域密着型介護福祉施設又はユニット型旧措置入所者経過的な地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
準ユニットケア加算	12人を標準とするユニットでケアを実施	<input type="checkbox"/> あり	
	個室的なしつらえ、準ユニットごとに共同生活室の設置	<input type="checkbox"/> あり	
	日中、準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	夜間、深夜に2準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	準ユニットごとに常勤のユニットリーダー配置	<input type="checkbox"/> 配置	
個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明・記録の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 作成	個別機能訓練計画書
	利用者に対する計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	
	訓練の効果、実施方法等に対する評価	<input type="checkbox"/> あり	
	個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/> あり	実施時間、訓練内容、担当者等の記録
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
常勤医師配置加算	専ら職務に従事する常勤の医師1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
精神科医師配置加算	医師が診断した認知症入所者が全入所者の1/3以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	精神科担当医師が月2回以上定期的に療養指導を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	常勤医師加算の算定	<input type="checkbox"/> 算定していない	
	配置医師が精神科を兼ねる場合	<input type="checkbox"/> 5回目以降	
	療養指導の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	療養指導の記録

点検項目	点検事項	点検結果	
障害者生活支援体制加算	視覚、聴覚・言語機能に重度の障害がある者又は重度の知的障害者が15人以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤職員1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	障害者生活支援員として点字の指導、点訳、手話通訳、知的障害者福祉司等の要件を満たす	<input type="checkbox"/> 満たす	履歴書等
入院・外泊時費用	入院又は外泊をした場合	<input type="checkbox"/> 6日以下	
	短期入所生活介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
初期加算	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/>	
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/> なし	
	過去3月以内の当該施設への入所(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Mの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/> なし	
	30日超の入院後の入所	<input type="checkbox"/> あり	
退所前訪問相談援助加算	入所期間が1月超(見込みを含む)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師のいずれかが退所後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し相談援助を実施(2回を限度)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	相談記録
退所後訪問相談援助加算	介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師のいずれかが居宅を訪問	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所後30日以内に居宅を訪問し、入所者及び家族等に対し相談援助を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	相談記録

点検項目	点検事項	点検結果	
退所時相談援助加算	入所期間が1月超	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所時に入所者等に対し退所後の居宅サービス等についての相談援助を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所日から2週間以内に市町村、老人介護支援センターに対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	相談記録
退所前連携加算	入所期間が1月超	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	連携を行った日、内容に関する記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	相談記録
栄養マネジメント加算	常勤管理栄養士1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	委託先にのみ管理栄養士が配置されていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	同一敷地内の複数の介護保険施設の栄養ケア・マネジメントを行っている場合、所属の施設のみ算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	入所者又は家族等に計画を説明し、同意を得られた日から算定	<input type="checkbox"/> 満たす	
	計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	” (リスク低)	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/> 1回/月実施	
栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施		

点検項目	点検事項	点検結果	
経口移行加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	経口による食事摂取のための栄養管理が必要と医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 受けている	
	誤嚥性肺炎防止のためのチェック	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で経口移行計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	計画作成日から起算して180日以内	<input type="checkbox"/> 180日以内	
	180日を超える場合の医師の指示の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
経口維持加算(Ⅰ)	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(造影撮影又は内視鏡検査による。)経口による食事摂取のための管理が必要と医師又は歯科医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 受けている	
	誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されている	<input type="checkbox"/> されている	
	食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	計画作成日から起算して180日以内	<input type="checkbox"/> 180日以内	
	180日を超える場合の医師又は歯科医師の指示及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> 1月毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅱを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	

点検項目	点検事項	点検結果		
経口維持加算(Ⅱ)	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(水飲みテスト頸部聴診法等による。)経口による食事摂取のための管理が必要と医師又は歯科医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/>	受けている	
	誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されている	<input type="checkbox"/>	されている	
	食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/>	あり	
	計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	計画作成日から起算して180日以内	<input type="checkbox"/>	180日以内	
	180日を超える場合の医師又は歯科医師の指示及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/>	1月毎に実施	
経口移行加算、経口維持加算Ⅰを算定していない	<input type="checkbox"/>	算定していない		
口腔機能維持管理体制加算	歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、介護職員に(口腔ケアにかかる)助言、指導を行う	<input type="checkbox"/>	月1回以上	
	助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成	<input type="checkbox"/>	該当	
	助言、指導を行うに当たり、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯で実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	口腔ケア・マネジメント計画には口腔ケアを推進するための課題目標、具体的対策、留意事項等必要な事項が記載されている	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能維持管理加算	歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、入所者に口腔ケアを行う	<input type="checkbox"/> 月4回以上	
	助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	入所者又は家族等への説明、同意	<input type="checkbox"/> あり	
	口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法、その他必要な事項の記録が作成され保管されている	<input type="checkbox"/> 該当	実施記録
	実施記録の写しを入所者へ提供	<input type="checkbox"/> あり	
	訪問歯科衛生指導料が算定されていない	<input type="checkbox"/> 算定されていない	
療養食加算	管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供を実施	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表



点検項目	点検事項	点検結果		
看取り介護加算	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断	<input type="checkbox"/>	あり	
	入所者又はその家族等の同意を得て、入所者の介護に係る計画が作成されている	<input type="checkbox"/>	あり	
	医師、看護師、介護職員等が共同して入所者の状態又は家族の求めに応じ随時説明をし、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	あり	
	常勤の看護師を1名以上配置し、看護職員、又は病院等の看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保	<input type="checkbox"/>	あり	
	24時間連絡体制(連絡対応体制に関する指針やマニュアル等が整備され、看護職員不在時の介護職員の観察項目の標準化がされ、看護介護職員に研修等で周知されている等)が整備されている	<input type="checkbox"/>	該当	
	看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又は家族等に内容説明、同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	看取りに関する職員研修の実施	<input type="checkbox"/>	あり	
	看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる配慮	<input type="checkbox"/>	あり	
	(1) 死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/>	1日80単位	
	(2) 死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/>	1日680単位	
(3) 死亡日	<input type="checkbox"/>	1日1,280単位		
在宅復帰支援機能加算	算定日の属する月の前6月間の退所者(在宅・入所相互利用加算対象者を除く。)総数のうち在宅で介護を受けることとなった者(入所期間1月超)の割合が2割超	<input type="checkbox"/>	該当	
	退所日から30日以内に居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受け、在宅生活が1月以上継続することの確認、記録の実施	<input type="checkbox"/>	あり	
	入所者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/>	あり	
	入所者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、退所後の利用サービス調整の実施	<input type="checkbox"/>	あり	介護状況を示す文書
	算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/>	あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
在宅・入所相互利用加算	あらかじめ在宅期間、入所期間を定め、文書による同意を得ている	<input type="checkbox"/> あり	同意書
	居宅期間及び入所期間を定めて同一の個室を計画内に利用している	<input type="checkbox"/> 該当	
	要介護3、4、5の者	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護に関する目標、方針等について利用者等への説明及び合意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	施設の介護支援専門員、介護職員等、在宅の介護支援専門員等との支援チームの結成	<input type="checkbox"/> あり	
	概ね1月に1回のカンファレンスの実施及び記録の有無	<input type="checkbox"/> あり	次期在宅期間、入所期間の介護の目標及び方針をまとめた記録
	多床室でないこと	<input type="checkbox"/> 個室等	
小規模拠点集合型施設加算	同一敷地内で、5人以下の居住単位に入所	<input type="checkbox"/> 5人以下	
認知症専門ケア加算(I)	入所者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	入所者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	利用者又は家族の同意	<input type="checkbox"/> あり	
	退所に向けた施設サービス計画の策定	<input type="checkbox"/> あり	
	判断した医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等の記録	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者が入所前一月の間に当該施設に入所したことがない又は過去一月の間に当該加算を算定したことがない	<input type="checkbox"/> 該当	
	病院又は診療所に入院中の者等が直接当該施設へ入所していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養にふさわしい設備を整備している	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	利用者に直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の者3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 (一)、(二)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書	
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7、8に掲げる基準のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	7（一）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	7（二）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	