

「基本チェックリスト結果データ入出力仕様書」

1 出力媒体及びスケジュールについて

- (1) 媒体: CD-RW等の電子媒体
※媒体は、受注者が準備する。
- (2) スケジュール: 発注者が準備する

2 入力帳票について

- (1) 帳票の種類
基本チェックリスト(紙)
- (2) 受け渡し物の構成
 - ① 発注者は入力帳票を基本チェックリスト実施年月で纏め、纏めた入力帳票の先頭に付箋等で基本チェックリスト実施年月がわかるよう貼り付けする。なお、纏めた入力帳票は、基本チェックリスト実施年月順に重ねて一束にし、鑑文を先頭につける。
 - ② 発注者は受注者への受け渡し日までに発注者が指定した場所で受け渡しを行う。

3 出力帳票について

- (1) 帳票の種類
基本チェックリスト結果パンチエラー台帳(紙)
- (2) 出力帳票仕様
 - ① 帳票レイアウト
別紙1「基本チェックリスト結果エラー台帳」のとおり。
 - ② 用紙及びフォント等
A4サイズ、MS明朝 9ポイントとする。
 - ③ 編集について
別紙2「基本チェックリスト結果エラー台帳編集要領」のとおり。なお、エラーになった項目の右肩に、“*”を編集すること。
 - ④ 出力条件
入力において、別紙3「個別入出力仕様」の入力可能値以外のデータと判断した場合とする。
 - ④ 出力順
被保険者番号で昇順とする。
- (3) 納品物
 - ① 基本チェックリスト結果パンチエラー台帳(紙)
 - ② 受注者は発注者への受け渡し日までに発注者が指定した場所で受け渡しを行う。

4 出力ファイルについて

- (1) ファイルの種類
基本チェックリスト結果パンチデータ(電子データ)
- (2) 出力ファイル仕様
別紙3「個別入出力仕様」のとおりとする。
なお、個別入出力仕様で使用している表題について以下のとおり。
 - ① 項番
出力時の順番及び、別紙4「基本チェックリスト(原本)」の帳票Noの数字を指す。
 - ② 帳票項目名
帳票に記載されている項目名を指す。
 - ③ 入力可能値
正常時の入力可能値を指す。
 - ④ 個別仕様
入出力時の条件および注意点を指す。
 - ⑤ 出力桁数
- (3) 納品物
 - ① 基本チェックリスト結果パンチデータが入ったCD-RW等の電子媒体とする。
なお、電子データは、圧縮(ZIP形式)し、発注者が指定したパスワードをかけること。
 - ② 受注者は発注者への受け渡し日までに発注者が指定した場所で受け渡しを行う。

5 入出力時の注意点

別紙3「個別入出力仕様書」の個別仕様に特段の記載のない場合は、以下の通り入力および出力を行うこと。

- (1) 入力
 - ① すべての値を半角で入力する。
 - ② 未入力項目及び各種「入出力仕様」の項目説明に記載された、「FILLER」の入力は行わない。
 - ③ 各項目で出力桁数を超える記入がある場合、エラー台帳に出力し、付箋処理を行う。
 - ④ 記入されている内容が不明の場合、エラー台帳に出力し、付箋処理を行う。
 - ⑤ 基本チェックリストの記載内容のうち、入力内容に該当する場合の記載例は以下のとおり
 - a “○”(マル)
 - b “✓”(チェック)または、“■”(塗りつぶし)
 - c 数字またはアルファベット※a~c以外の記載方法で、入力時に疑義が生じた場合は、発注者に確認すること。
 - ⑥ 記載内容の訂正方法および入力方法
発注者は、帳票の記載内容を訂正する場合は二重線(赤字)を引き、空きスペースに正しい記載を行うこととし、受注者は上記方法で訂正された記載内容を入力することとする。
※受注者は訂正方法について疑義が生じ、入力時に判断ができない場合は、上記③、④のいずれかのとおり処理する。
- (2) 出力
 - ① 全ての項目において左詰め、出力桁数まで半角空白埋めを行い出力する。
 - ② エラー台帳(紙)に出力したデータは、パンチデータ(電子データ)には出力しない。

別紙1 基本チェックリスト結果エラー台帳

基本チェックリスト結果エラー台帳

出力日：令和29年29月29日
ZZ9頁

被保険者番号		XXXXXXX		生年月日元号		X		生年月日		XXXXXX		実施日		XXXXXXX		年度		XXXX											
項目 1	X	項目 2	X	項目 3	X	項目 4	X	項目 5	X	項目 6	X	項目 7	X	項目 8	X	項目 9	X	項目 10	X	項目 11	X	身長	XXXX	体重	XXXX				
項目 13	X	項目 14	X	項目 15	X	項目 16	X	項目 17	X	項目 18	X	項目 19	X	項目 20	X	項目 21	X	項目 22	X	項目 23	X	項目 24	X	項目 25	X	健康状態	X	ひとり暮らし	X
介護相当訪問	X	介護相当通所	X	緩和基準訪問	X	緩和基準通所	X	住民主体訪問	X	住民主体通所	X	予防給付訪問	X	予防給付通所	X	その他訪問	X	その他通所	X										
短期リハビリ終了時	X	シニアフィットネス開始時	X	シニアフィットネス終了時	X	チャレンジシニア開始時	X	チャレンジシニア終了時	X																				

被保険者番号		XXXXXXX		生年月日元号		X		生年月日		XXXXXX		実施日		XXXXXXX		年度		XXXX											
項目 1	X	項目 2	X	項目 3	X	項目 4	X	項目 5	X	項目 6	X	項目 7	X	項目 8	X	項目 9	X	項目 10	X	項目 11	X	身長	XXXX	体重	XXXX				
項目 13	X	項目 14	X	項目 15	X	項目 16	X	項目 17	X	項目 18	X	項目 19	X	項目 20	X	項目 21	X	項目 22	X	項目 23	X	項目 24	X	項目 25	X	健康状態	X	ひとり暮らし	X
介護相当訪問	X	介護相当通所	X	緩和基準訪問	X	緩和基準通所	X	住民主体訪問	X	住民主体通所	X	予防給付訪問	X	予防給付通所	X	その他訪問	X	その他通所	X										
短期リハビリ終了時	X	シニアフィットネス開始時	X	シニアフィットネス終了時	X	チャレンジシニア開始時	X	チャレンジシニア終了時	X																				

被保険者番号		XXXXXXX		生年月日元号		X		生年月日		XXXXXX		実施日		XXXXXXX		年度		XXXX											
項目 1	X	項目 2	X	項目 3	X	項目 4	X	項目 5	X	項目 6	X	項目 7	X	項目 8	X	項目 9	X	項目 10	X	項目 11	X	身長	XXXX	体重	XXXX				
項目 13	X	項目 14	X	項目 15	X	項目 16	X	項目 17	X	項目 18	X	項目 19	X	項目 20	X	項目 21	X	項目 22	X	項目 23	X	項目 24	X	項目 25	X	健康状態	X	ひとり暮らし	X
介護相当訪問	X	介護相当通所	X	緩和基準訪問	X	緩和基準通所	X	住民主体訪問	X	住民主体通所	X	予防給付訪問	X	予防給付通所	X	その他訪問	X	その他通所	X										
短期リハビリ終了時	X	シニアフィットネス開始時	X	シニアフィットネス終了時	X	チャレンジシニア開始時	X	チャレンジシニア終了時	X																				

被保険者番号		XXXXXXX		生年月日元号		X		生年月日		XXXXXX		実施日		XXXXXXX		年度		XXXX											
項目 1	X	項目 2	X	項目 3	X	項目 4	X	項目 5	X	項目 6	X	項目 7	X	項目 8	X	項目 9	X	項目 10	X	項目 11	X	身長	XXXX	体重	XXXX				
項目 13	X	項目 14	X	項目 15	X	項目 16	X	項目 17	X	項目 18	X	項目 19	X	項目 20	X	項目 21	X	項目 22	X	項目 23	X	項目 24	X	項目 25	X	健康状態	X	ひとり暮らし	X
介護相当訪問	X	介護相当通所	X	緩和基準訪問	X	緩和基準通所	X	住民主体訪問	X	住民主体通所	X	予防給付訪問	X	予防給付通所	X	その他訪問	X	その他通所	X										
短期リハビリ終了時	X	シニアフィットネス開始時	X	シニアフィットネス終了時	X	チャレンジシニア開始時	X	チャレンジシニア終了時	X																				

被保険者番号		XXXXXXX		生年月日元号		X		生年月日		XXXXXX		実施日		XXXXXXX		年度		XXXX											
項目 1	X	項目 2	X	項目 3	X	項目 4	X	項目 5	X	項目 6	X	項目 7	X	項目 8	X	項目 9	X	項目 10	X	項目 11	X	身長	XXXX	体重	XXXX				
項目 13	X	項目 14	X	項目 15	X	項目 16	X	項目 17	X	項目 18	X	項目 19	X	項目 20	X	項目 21	X	項目 22	X	項目 23	X	項目 24	X	項目 25	X	健康状態	X	ひとり暮らし	X
介護相当訪問	X	介護相当通所	X	緩和基準訪問	X	緩和基準通所	X	住民主体訪問	X	住民主体通所	X	予防給付訪問	X	予防給付通所	X	その他訪問	X	その他通所	X										
短期リハビリ終了時	X	シニアフィットネス開始時	X	シニアフィットネス終了時	X	チャレンジシニア開始時	X	チャレンジシニア終了時	X																				

別紙2 基本チェックリスト結果エラー台帳編集要領

項目No.	編集要領	備考
1	出力日を和歴で編集する。	
2	ページ数を編集する。	
3	入力 of 被保険者番号を編集する。	
4	入力 of 生年月日元号を編集する。	
5	入力 of 生年月日を編集する。	
6	入力 of 実施日を編集する。	
7	入力 of 年度を編集する。	
8	入力 of 1人で外出を編集する。	
9	入力 of 日用品の買い物を編集する。	
10	入力 of 預貯金の出し入れを編集する。	
11	入力 of 友人の家訪問を編集する。	
12	入力 of 家族や友人の相談を編集する。	
13	入力 of つたわずに歩くを編集する。	
14	入力 of つかまらずに立つを編集する。	
15	入力 of 続けて歩くを編集する。	
16	入力 of 1年間の転倒を編集する。	
17	入力 of 転倒に対する不安を編集する。	
18	入力 of 体重減少を編集する。	
19	入力 of 身長を編集する。	
20	入力 of 体重を編集する。	
21	入力 of 食べにくいを編集する。	
22	入力 of むせるを編集する。	
23	入力 of 口の渴きを編集する。	
24	入力 of 週に1回以上の外出を編集する。	
25	入力 of 外出回数の減少を編集する。	
26	入力 of 同じことを聞くを編集する。	
27	入力 of 電話番号を調べるを編集する。	
28	入力 of 何月何日かを編集する。	
29	入力 of 充実感がないを編集する。	
30	入力 of 楽しめないを編集する。	
31	入力 of おっくうを編集する。	
32	入力 of 役立つと思えないを編集する。	
33	入力 of 疲労感を編集する。	
34	入力 of 健康状態を編集する。	
35	入力 of ひとり暮らしを編集する。	
36	入力 of 訪問・通所介護相当サービス訪問を編集する。	
37	入力 of 訪問・通所介護相当サービス通所を編集する。	
38	入力 of 緩和基準サービス訪問を編集する。	
39	入力 of 緩和基準サービス通所を編集する。	
40	入力 of 住民主体支援訪問を編集する。	
41	入力 of 住民主体支援通所を編集する。	
42	入力 of 予防給付サービス訪問を編集する。	
43	入力 of 予防給付サービス通所を編集する。	
44	入力 of その他のサービス訪問を編集する。	
45	入力 of その他のサービス通所を編集する。	
46	入力 of シニアフィットネス開始時を編集する。	
47	入力 of シニアフィットネス終了時を編集する。	
48	入力 of チャレンジシニア開始時を編集する。	
49	入力 of チャレンジシニア終了時を編集する。	

別紙3 個別入出力仕様書

仕様書番号	01	帳票名	基本チェックリスト
出力ファイル名	KIHON_CHECKLIST_KEKKA.txt		
ファイル形式	固定長、レコード単位の改行あり(CRLF)		
ファイル構成	コントロールレコードなし、エンドレコードなし	作成日/者	令和4年2月1日 / 健康推進課
文字コード	Shift_JIS	修正日/者	令和5年2月1日 / 健康推進課

項番	帳票項目名	入力可能値	個別仕様	出力桁数
1	年度	西暦 YYYY	記載されている年月から年度を算出し、西暦4桁の年度を入力	4
2	実施日	西暦 YYYYMMDD	未記入・不明の文字があればエラー台帳へ出力	8
3	被保険者番号	半角数字10桁	未記入・不明の文字があればエラー台帳へ出力	10
4	生年月日元号	「1」～「2」	大正に記入があれば、「1」、昭和に記入があれば「2」を入力	1
5	生年月日	和暦 YYMMDD	西暦で記載されている場合は、和暦で入力。未記入・不明の文字があればエラー台帳へ出力。	6
6	1 バスや電車で1人で外出していますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース	0点に記入があれば「0」、1点に記入あれば「1」、どちらか不明の場合「9」、未記入の場合は、半角スペースを入力	1
7	2 日用品の買い物をしていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
8	3 預貯金の出し入れをしていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
9	4 友人の家を訪ねていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
10	5 家族や友人の相談にのっていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
11	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
12	7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
13	8 15分位続けて歩いていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
14	9 この1年間に転んだことはありますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
15	10 転倒に対する不安は大きいですか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
16	11 6ヶ月間で2～3Kgの体重減少がありましたか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
17	身長	999.9 整数部最大3桁 少数部最大1桁	メートルをセンチメートルに変換し入力 (例) ①1.55m→155cm(整数部分のみ入力、小数点以下は半角スペースを入力) ②1.5m→150cm(整数部分のみ入力、小数点以下は半角スペースを入力) ③1.556m→155.6cm(整数部分、小数部分ともに入力)	5
18	体重	999.9 整数部最大3桁 少数部最大1桁		5
19	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	「0」～「1」、「9」、半角スペース	0点に記入があれば「0」、1点に記入あれば「1」、どちらか不明の場合「9」、未記入の場合は、半角スペースを入力	1
20	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
21	15 口の渇きが気になりますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
22	16 週に1回以上は外出していますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
23	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
24	18 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
25	19 自分で電話番号を調べて電話をかけることをしていますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
26	20 今日が何月何日かわからないときがありますか	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1
27	21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	「0」～「1」、「9」、半角スペース		1

仕様書番号	01	帳票名	基本チェックリスト		
出力ファイル名	KIHON_CHECKLIST_KEKKA.txt				
ファイル形式	固定長、レコード単位の改行あり(CRLF)				
ファイル構成	コントロールレコードなし、エンドレコードなし	作成日/者	令和4年2月1日	/ 健康推進課	
文字コード	Shift_JIS	修正日/者	令和5年2月1日	/ 健康推進課	
項番	帳票項目名	入力可能値	個別仕様	出力桁数	
28	22 (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなつた	「0」～「1」、 「9」、半角スペース		1	
29	23 (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	「0」～「1」、 「9」、半角スペース		1	
30	24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	「0」～「1」、 「9」、半角スペース		1	
31	25 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	「0」～「1」、 「9」、半角スペース		1	
32	1 あなたの現在の健康状態はいかがですか	「1」～「5」、 「9」、半角スペース	よいに記入があれば"1"、まあよいに記入があれば"2"、ふつうに記入があれば"3"、あまりよくないに記入があれば"4"、よくないに記入があれば"5"、どちらか不明の場合、"9"、未記入の場合は、半角スペースを入力	1	
33	2 現在、ひとりで暮していますか	「1」～「2」、 「9」、半角スペース	はいに記入があれば"1"、いいえに記入があれば"2"、どちらか不明の場合"9"、未記入の場合は、半角スペースを入力	1	
34	訪問・通所介護相当サービス(訪問)	「0」～「1」、 「9」	チェックがあれば"1"、チェックがなければ"0"、どちらか不明の場合"9"を入力 ※塗りつぶしでもチェックありとする	1	
35	訪問・通所介護相当サービス(通所)	「0」～「1」、 「9」		1	
36	緩和基準によるサービス(訪問)	「0」～「1」、 「9」		1	
37	緩和基準によるサービス(通所)	「0」～「1」、 「9」		1	
38	住民主体による支援(訪問)	「0」～「1」、 「9」		1	
39	住民主体による支援(通所)	「0」～「1」、 「9」		1	
40	予防給付サービス(訪問)	「0」～「1」、 「9」		1	
41	予防給付サービス(通所)	「0」～「1」、 「9」		1	
42	その他のサービス(訪問)	「0」～「1」、 「9」		1	
43	その他のサービス(通所)	「0」～「1」、 「9」		1	
44	シニアフィットネス(開始時)	「0」～「1」、 「9」		1	
45	シニアフィットネス(終了時)	「0」～「1」、 「9」		1	
46	チャレンジシニア(開始時)	「0」～「1」、 「9」		1	
47	チャレンジシニア(終了時)	「0」～「1」、 「9」		1	
48	-	FILLER 半角空白			120
				199	

別紙4 基本チェックリスト (原本)

(市提出用)

基本チェックリスト

実施日	20	2	月		日	
被保険者番号			3			
住・所					氏名 (自署)	
生年月日	4	年	5	日	電話番号	

基本チェックリストの個人情報及び結果は、千葉市あんしんケアセンター（地域包括支援センター）、居宅介護支援事業所及びサービス提供事業者に情報提供し、介護予防事業の適切なサービス提供のために利用されます。また、市全体の介護保険事業の評価のため市に情報提供し、統計的に利用されます。

No	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)	点数
暮らしの様子			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0点 はい 6 いいえ	/5点
2	日用品の買い物をしていますか	0点 7 1点 いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0点 はい 8 いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0点 9 1点 いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0点 はい 10 いいえ	
運動器関係			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0点 11 1点 いいえ	/5点
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0点 はい 12 いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0点 13 1点 いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1点 はい 14 いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1点 15 0点 いいえ	
栄養関係			
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1点 はい 16 いいえ	/2点
12	BMI(体格指数)が18.5未満ですか (BMI=体重 18 kg ÷ 身長 17 m ÷ 身長 17 m) ※身長はcm(センチ)ではなく、m(メートル)を使います。	1点 BMIが18.5未満 0点 BMIが18.5以上	
口腔機能関係			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1点 はい 19 いいえ	/3点
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	1点 20 0点 いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1点 はい 21 いいえ	
閉じこもり関係			
16	週に1回以上は外出していますか	0点 22 1点 いいえ	/2点
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1点 はい 23 いいえ	
物忘れ関係			
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1点 24 0点 いいえ	/3点
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0点 はい 25 いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1点 26 0点 いいえ	
No.1～No.20の合計			/20点
こころの関係			
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1点 はい 27 いいえ	/5点
22	(ここ2週間)これまでに楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1点 28 0点 いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1点 はい 29 いいえ	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1点 30 0点 いいえ	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1点 はい 31 いいえ	
その他の質問項目 (該当するものに○をつけてください)			
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい まあよい 32 あまりよくない よくない	/10点
2	現在、ひとりで暮らしていますか	はい 33 いいえ	

以下は記入しないでください。(あんしんケアセンターまたは居宅介護支援事業所が記入)

利用サービス			
訪問・通所介護相当サービス 34	<input type="checkbox"/>	シニアフィットネス 44	<input type="checkbox"/>
緩和基準によるサービス 36	<input type="checkbox"/>	チャレンジシニア 46	<input type="checkbox"/>
住民主体による支援 38	<input type="checkbox"/>	いきいき活動手帳	<input type="checkbox"/>
予防給付サービス 40	<input type="checkbox"/>	イベント等	<input type="checkbox"/>
その他のサービス 42	<input type="checkbox"/>	サービス内容 ()	

○この用紙は市担当課に送付してください。ただし、「事業対象者」の届出をする際は、この用紙を各区保健福祉センター介護保険室に提出し、市担当課にはこの用紙の写しを送付してください。

※上記、帳票内に記載している丸数字は、帳票Noを指すものとします。