

**特定健診の電子的なデータ標準様式
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）
仕様説明書
Version 1.0**

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

目次

1.	はじめに	1
1.1	目的	1
1.2	参考資料	1
2.	概要	2
2.1	本文書の位置付け	2
	<u>本文書と既存の仕様説明書との相違点</u>	2
2.2	記載内容の優先度	3
2.3	標準フォーマットの基本的な方針	3
2.3.1	1 健診結果 1 ファイル	3
2.3.2	本標準フォーマットが対象とする健診情報	3
2.3.3	H L 7 C D A 規格との関係	3
3.	特定健診情報ファイル仕様	7
3.1	全体構成の概要	7
3.2	ヘッダ部	8
3.2.1	名前空間	8
3.2.2	CDA 管理情報	8
3.2.3	健診管理情報	9
3.2.3.1	受診者情報	12
3.2.3.2	ファイル作成機関の情報	15
3.2.3.3	ファイル作成管理責任機関情報	17
3.2.3.4	受診券情報	18
3.2.3.5	健診実施情報	20
3.3	ボディ部	23
3.3.1	健診報告区分と CDA セクションの関係	25
3.3.2	特定健診検査・問診セクション	25
3.3.2.1	セクション部仕様	25
3.3.2.2	テキスト部（説明ブロック）仕様	27
3.3.2.3	エントリ部仕様	28
3.3.2.3.1	検査・問診結果セクションエントリ部パターン	28
3.3.2.3.2	一連検査グループの考え方	29
3.3.2.3.3	入力範囲を超えた場合の測定値の記述	40
3.3.2.3.4	検査結果セクションエントリ部パターン	41
3.3.2.3.5	未実施および測定不可能項目の表現	43
4.	ボキャブラリ仕様	45
4.1	例外値	45
4.2	性別コード	45
4.3	単位コード	45
4.4	守秘レベルコード	46
4.5	検査値解釈コード	46
4.6	行為種別コード	46
4.7	行為ムードコード	46
4.8	行為間関係種別コード	47

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

4.9	参加者種別コード	47
4.10	役割種別コード	47
5.	OID 表	47
6.	「保険者が健診機関から受領するファイル」を保険者が加工して本仕様に準拠させるのに必要な加工箇所の例	48

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用） 仕様説明書

1. はじめに

1.1 目的

本文書の目的は、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について」（平成20年7月10日厚生労働省保険局長通知）において報告対象とされている「提出対象となる特定健診・特定保健指導情報ファイル」のうち「特定健康診査の実施状況に関する結果」について、その電子的な記述仕様を説明するものである。また技術仕様上の位置づけとしては、特定健診情報ファイルのXML(Extensible Markup Language)による電子的標準様式を定義するものであり、別途公表されているXMLスキーマを説明および補完するものである。

1.2 参考資料

下記の表は、この文書で参照している標準仕様及び研究報告書等の名称、バージョン、並びにその説明の一覧である。

本文書での仕様等の引用名称	バージョン	説明
厚生労働省 特定健診プログラム確定版	2007年4月	標準的な健診・保健指導プログラム（確定版 2007年4月厚生労働省） http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/index.html
厚生労働省 特定健診プログラム手引書	2007年7月以降	「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」（2007年7月～） http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03d.html
HL7 Version 3	Normative 2005	HL7 Version 3 の 2005 年度 規範版パッケージ。CDA Release 2.0 の規格書が含まれる。
日本 HL7 協会 診療情報提供書	1.0	日本 HL7 協会が策定した、CDA R2 規格をベースとした診療情報提供書の規格。 http://www.hl7.jp/intro/std/HL7J-CDA-001.pdf
HL7 CRS	final draft	米国 HL7 協会が策定中の診療文書に関する実装ガイド。Implementation Guide for CDA Release 2 – Level 1 and 2 – Care Record Summary (US realm), HL7, Inc., Final Text, June 8, 2006
XML	1.1	Extensible Markup Language http://www.w3.org/TR/2006/REC-xml11-20060816/
XPath	1.0	http://www.w3.org/TR/xpath
電子レセプト仕様書		「電子レセプトの作成手引き（医科）」社会保険診療報酬支払基金レセプト電算処理システム電子レセプト作成手引き http://www.ssk.or.jp/rezept/jiki_i/index.html
健診機関健診情報ファイル仕様説明書	1.27	「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて」（平成20年3月28日厚生労働省健康局長・保険局長通知（健発第0328024号・保発第0328003号））とともに公表されている、「特定健康診査・特定保健指導の電子的な標準様式の仕様に関する資料」のうち、「特定健診情報ファイル仕様の仕様説明書」（ http://tokuteikenshin.jp/update/spec2008/index.html ）

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

2. 概要

2.1 本文書の位置付け

本文書は、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について」（平成20年7月10日厚生労働省保険局長通知、以下では単に「本通知」と記載する）において報告対象とされている「提出対象となる特定健診・特定保健指導情報ファイル」のうち「特定健康診査の実施状況に関する結果」について、電子的なデータ標準様式（以下では特定健診標準フォーマット、または単に標準フォーマットと記載する）を定義するものである。

標準フォーマットはXML規格にもとづいている。XML規格はデータ中に<aaa> ... </aaa>のようなタグと呼ばれるマークを埋め込むことにより、データの意味付けと構造に関する情報をデータと一緒に送信できるようにした言語規格で、インターネット上でのデータのやり取りや、コンピュータシステム間でのデータ交換、データベースからのデータの読み書きの際など広範に使用されるようになっている。XML規格をある目的で使用する場合には、どのようなデータにどのようなタグをつけるか、またデータ同士をどのように階層化するかについて、その目的ごとに取り決める必要があり、その取り決めに関する規則はXMLスキーマと呼ばれる方式で記述されたファイルで記述する。DTDと呼ばれる方式で記述する方法もあるが、最近ではXMLスキーマによる記述のほうが増えている。

本標準フォーマットは、XMLスキーマで詳細が定義されており、ホームページに公開されている¹。DTD形式による定義は提供されていない。本書はそのXMLスキーマの説明書としての位置付けであると同時に、XMLスキーマでは記述しつくせない細かい制約事項を記載している。従って、本書は別途公開されている対応するXMLスキーマファイルと併せて使用するものであり、それぞれ単独では意味をなさない。

本文書と既存の仕様説明書との相違点

本文書で説明される標準フォーマットは、すでに公表されている健診機関から保険者に特定健診の結果情報を報告するための仕様（「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて」（平成20年3月28日厚生労働省健康局長・保険局長通知（健発第0328024号・保発第0328003号））とともに公表されている「特定健康診査・特定保健指導の電子的な標準様式の仕様に関する資料」のうち、「特定健診情報ファイル仕様」（以下では「健診機関健診情報ファイル仕様説明書」と記載する）と基本的には同一である。仕様上の異なる部分は、本通知では提出不要となった特定健診情報項目についての仕様の削除だけであり、新たな仕様の追加はない。ただし、仕様の削除のうちには、これまで必須とされていた情報が、存在してはいけない情報となった場合が含まれることに注意が必要である。

また本文書として健診機関健診情報ファイル仕様説明書と異なる部分は、1) 上記の仕様上の異なる部分を反映させている点、2) 実績報告としての位置づけから明らかに説明が不要となる部分の削除、の2点である。なお、1) に関する削除箇所にはそれがわかるように当該箇所で注釈等を記載している場合がある（すべての箇所に記載しているわけではない）。

なお、本書に対応するXMLスキーマファイルは、「健診機関健診情報ファイル仕様説明書」とともに公開されているXMLスキーマファイルと完全に同一であるため重複して公表をせず、後者を参照するものとする。提出不要となった特定健診情報項目を本仕様で削除したにもかかわらず、対応するXMLスキーマファイルに変更の必要がない理由は、これらの削除項目に対応する要素または属性はあらかじめ省略可能と定義されていたからである。

¹<http://tokuteikenshin.jp/update/spec2008/index.html>

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

なお、「保険者が健診機関から受領するファイル」を保険者が加工して本仕様に準拠させるのに必要な加工箇所の例を本仕様説明書の末尾に提示してあるので参考にされたい。

2.2 記載内容の優先度

この文書の記載内容と前項の厚生労働省文書との記述に相違がある場合には、前項の厚生労働省文書との記述を優先するものとする。

2.3 標準フォーマットの基本的な方針

2.3.1 1 健診結果 1 ファイル

本標準フォーマットは、1人の受診者の1回の特定健診の結果情報を、報告に際して必要となるヘッダー情報（健診機関に関する情報や日付、受診者を識別するための情報など）を含めた1つのXML形式で格納し、1個の電子ファイル（WindowsやUNIXなどのコンピュータオペレーティングシステムでひとつの電子ファイルとして扱われるファイル単位）とするものである。

1人の受診者の1回の特定健診の結果情報ごとに1電子ファイルとし、複数回もしくは複数受診者の結果はその数だけの電子ファイルを別々に生成する方針をとっている。従って、1電子ファイルに、複数回もしくは複数受診者の健診結果を格納することはできない。

2.3.2 本標準フォーマットが対象とする健診情報

本標準フォーマットは、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について」（平成20年7月10日厚生労働省保険局長通知、以下では単に「本通知」と記載する）で提出対象とされている「提出対象となる特定健診・特定保健指導情報ファイル」のうち「特定健康診査の実施状況に関する結果」を格納することを目的としている。

2.3.3 HL7CDA規格との関係

本標準フォーマットは、HL7CDA Release 2（以下CDA R2）規格²に完全準拠するものとし、本標準フォーマット仕様は、HL7CDA規格で定義されるXMLスキーマに対して特定健診固有のさらなる制約を課すことで実現されている。各種制約のなかで、HL7CDA R2仕様に対して、そのXML要素あるいは属性の多重度に対して適用される制約³や、コード値を限定するような制約については、HL7CDA R2仕様のXMLスキーマとなる「特定健診情報ファイルXMLスキーマ」で定義され、そのXMLスキーマファイルが本説明書とは別に公開される。本説明書で解説されるXMLスキーマで妥当であると検証されたXMLインスタンス（XMLファイル）は、HL7CDA R2 XMLスキーマに対しても妥当であることが必ず保証される。

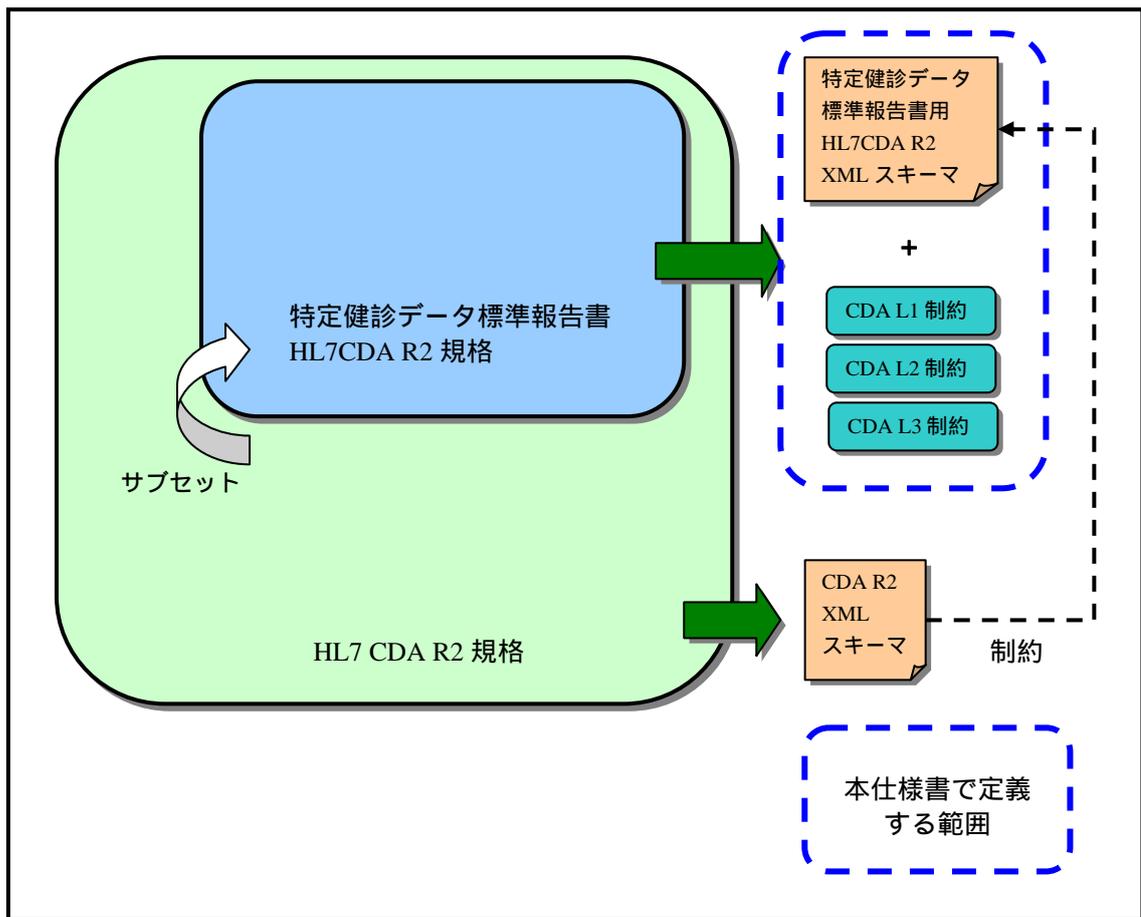
例えば、ある特定のセクションが必須であるかどうかといった、特定健診情報ファイルXMLスキーマでは定義されない制約に関しては、対応するHL7CDAレベルに応じて、「L1」（HL7CDAレベル1制約）、「L2」（HL7CDAレベル2制約）、及び、「L3」（HL7CDAレベル3制約）という識別子をつける。これらの制約は、例えばSchematronといったツールを使うことで検証可能である⁴。

² ANSI/HL7 CDA R2-2005 4/21/2005 版

³ 例えばCDA R2仕様においてある要素の多重度が"0..*"であるものを"1..1"に制約するといった制約。

⁴ <http://msdn.microsoft.com/library/ja/default.asp?url=/library/ja/jpdnxml/htm/schematron.asp>.

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	



特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

本仕様書では、XML タグ仕様を以下のような表形式で示す。

XML-No	XPath	説明	多重度	選択性
3.2.1	/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section		0..*	O
3.2.1.1	code	健診データ CDA セクションコード。	1..1	M
3.2.1.1.1	@code	セクションコードのニーモニック。	1..1	M
3.2.1.1.2	@codeSystem	セクションコードのコード体系を識別する OID。 「1.2.392.200119.6.1010」固定。	1..1	M
3.2.1.1.3	@codeSystemVersion	セクションコードのコード体系バージョン。「1.0」固定。	0..1	O
3.2.1.2	title	セクションタイトル。	1..1	M
3.2.1.2.1	text()	セクションタイトルを示す文字列。「検査結果」固定。	1..1	M

「XPath」の列に示される"/ClinicalDocument"から開始される文字列は、健診データ XML のルート要素から、この表で示される XML 要素までのパスを XPath により記述したものである。例えば上の表中の XPath "/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section" は、以下の XML の青枠で囲まれた section 要素の仕様を記述していることを示す。

```

<ClinicalDocument>
  <component>
    <structuredBody>
      <component>
        <section>
          <code code="ABCDE" codeSystem="123.456.7890.1" />
          <title>検体検査等</title>
        </section>
        ...
      </component>
    </structuredBody>
  </component>
</ClinicalDocument>

```

表中には XPath で示される要素の子要素を、表の各行に順に記述する。このとき、code や title などインデントされずに灰色の網掛けで表現される項目は、それが XML 要素であることを意味する。一方、@code や @codeSystem のようにインデントされ@をつけて示される項目は、それが XML 属性であることを意味する。text()と示される項目は、XML テキスト内容を表す。

「多重度」は、指定された項目の出現数の最小値と最大値を"..*"の両端に示す形で表現する。最大値に制限が無い場合は、"*" (アスタリスク)によって表現される。例えば、上の例で、section 要素に付けられた"0..*"という多重度は、指定された section 要素が XML 中に 0 個以上複数出現し、その出現数の最大値には制限がないことを示す。一方 title 要素は、section 要素が出現する際には必ず 1 つ出現することを示す。多重度が 0 とだけ記載されている場合には、既存の「健診機関健診情報ファイル仕様説明書」では要素または属性が存在していたが、本仕様では出現しないこととなった（使用しないこととなった）ことを明示しており、この場合当該要素または属性は出現してはならない。この場合次項の選択性は x となっている。

「選択性（オプションリティ）」は、M (Mandatory) または O (Optional) または x (出現してはならない) のいずれかの値で表現される。

M は、必須値であり、値が必ず存在しなければならない。M が指定されている項目の多重度の

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

最小値は必ず 1 以上となる。

○はオプション項目であり、記述すべき値が存在しない場合やある条件下では、省略することが可能である。

×は、既存の「健診機関健診情報ファイル仕様説明書」では要素または属性が存在していたが、本仕様では出現しないこととなった（使用しないこととなった）ことを明示しており、この場合当該要素または属性は出現してはならない。×が指定されている項目の多重度は必ず 0 である。

表中で XML 要素の階層の上位にある項目に対して下位に位置する項目の多重度や選択性を指定する場合、下位の項目の多重度および選択性は、上位の項目が出現する場合での制約を記述する。例えば、上の例で、**section** 要素の選択性が O (Optional) であるのに、その下位の **code** 要素の選択性が M (Mandatory) であるのは、**section** 要素が存在する状況での **code** 要素の選択性を示しており、**section** 要素が存在するときには **code** 要素が必ず出現しなければならないことを意味する。

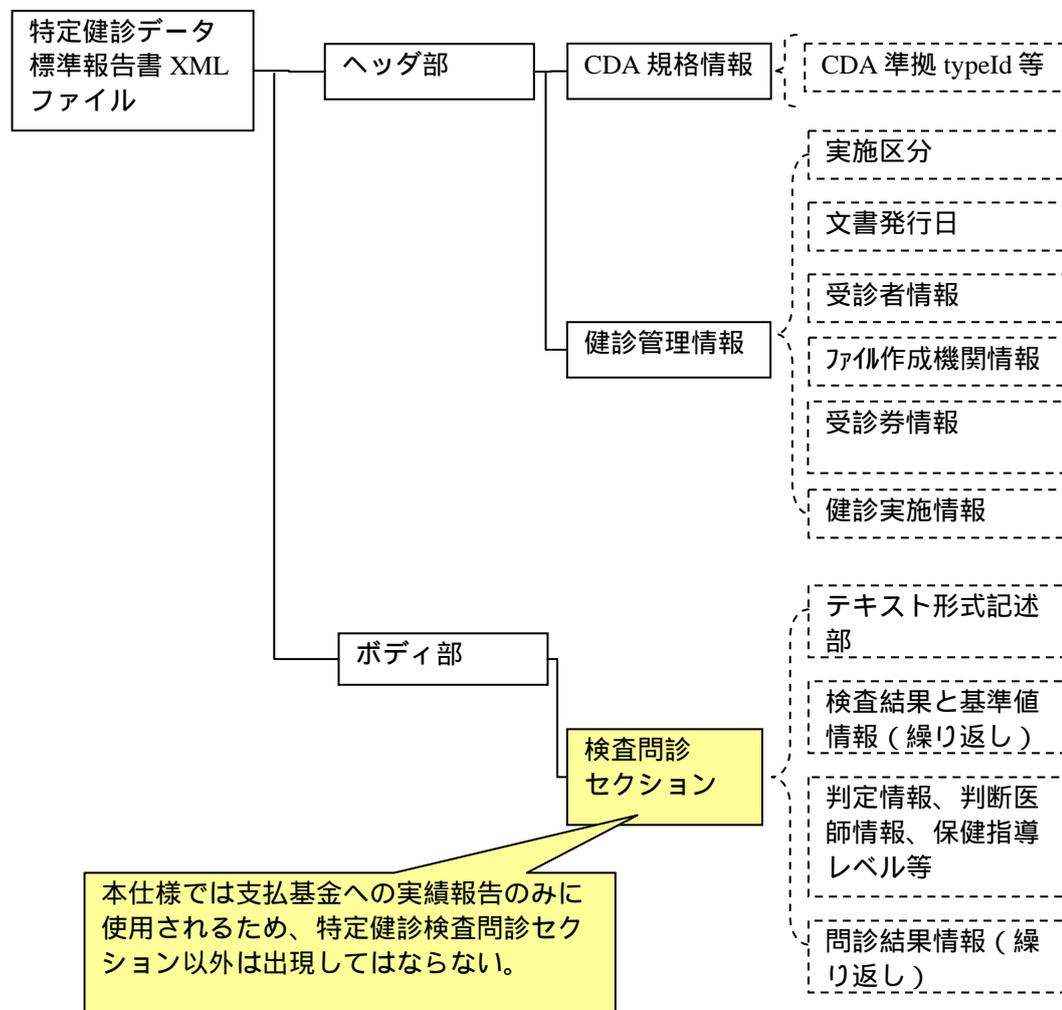
上記の表で最初の列 XML-NO は、本仕様書内で引用に便利ようにつけた番号で、すべての表を通じた一意の通し番号になっており、XML 仕様 No として引用される。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3. 特定健診情報ファイル仕様

3.1 全体構成の概要

本標準フォーマットにもとづく XML ファイルは、ヘッダ部とボディ部からなる（下図）。



ヘッダ部には、CDA 規格上必要となるメッセージ種別など CDA 規格情報、記録されているイベント（健診、指導など）に関する実施区分や文書発行日（特定健診情報ファイルの作成日）情報、作成者情報、記録対象者（受診者）情報、受診券情報、健診実施日などの健診管理情報から構成される。

ボディ部には、健診結果の情報が、一部は人間可読なテキスト形式で記述されるとともに、コンピュータ処理を可能とするための形式で構造化されて記述される。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

健診結果は、特定健診検査問診セクションだけからなる。⁵

3.2 ヘッダ部

3.2.1 名前空間

本仕様書で定義される XML インスタンスの名前空間は「urn:hl7-org:v3」とし、これをデフォルト名前空間として指定する。

また、本仕様書で定義される XML インスタンスでは、

「<http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance>」という URI で識別される XML スキーマインスタンスの名前空間を使用する。

本仕様のスキーマファイルは「hc08_V08.xsd」というファイル名のファイルにより別途提供される。ここでこのファイル名中の V08 は version 番号であり、今後スキーマファイルが一部修正された場合においても、リリースされたスキーマファイル名のバージョン番号部分を V08 に名前を変更して使用するものとする。なお、将来の制度の改訂などにより、部分修正に留まらない大きな変更が加えられた場合には、これによらない場合がある。

下記は XML インスタンスの実例であり、本仕様に基づくすべての XML インスタンスは、スキーマファイル名の version 番号部分を除きこの部分を変更してはならない。

補足説明 1：本仕様でファイルを生成する側は、文字コードは UTF-8 を使用するものとする。

補足説明 2：UTF-8 文字コードのファイルをコンピュータプログラムにより生成する場合に、ファイルの冒頭の（通常のテキスト表示では見えない最初の）3 バイトに Byte Order Mark (BOM) と呼ばれる 3 バイト EF BB BF (16 進) をつけるスタイルと、つけないスタイルの両方が世の中に存在する。本仕様でファイルを生成する側は、この BOM と呼ばれる 3 バイトを付与しないものとする。ソフトウェア開発者は、自分の使用する XML ファイル生成機能が自動的に BOM を付与するソフトかどうかを調べ、自動付与するスタイルのソフトウェアの場合には、生成されたファイルの第 1 バイト目からの先頭 3 バイトを削除することが必要である。どちらのソフトウェアであるかを調査するためには、テキスト表示ソフトでは通常表示されないの、冒頭の数バイトをプログラムで確認するなりして確認することが必要である。

一方、本仕様で生成されたファイルを受信する側では、生成側が誤って BOM を付けたファイルを生成している可能性を想定し、BOM の有無にかかわらず正しく処理できるようにすることが必要である。

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" ?>
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 ../XSD/hc08_V08.xsd">
  ...
</ClinicalDocument>
```

3.2.2 CDA 管理情報

特定健診情報ファイルのトップレベルの XML 要素である ClinicalDocument の最初の 2 つ

⁵ 健診機関健診情報ファイル仕様説明書では、特定健診検査問診セクション以外に追加のセクションの配置が認められているが、本仕様では支払基金への実績報告のみに使用されるため、特定健診検査問診セクション以外は出現してはならない。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

の要素は、HL7CDA に準拠する上で必要な情報であり、表 1 に示される 2 要素が含まれる。

ここでは、保険者が健診機関から受領するファイルに対して加工の必要はない。

表 1 ヘッダ部の CDA 管理情報

No	XPath	説明	厚労省公表資料との対応	多重度	選択性
0	/ClinicalDocument			1..1	M
1	typeId	タイプ ID。準拠している CDA R2 仕様を識別する。		1..1	M
1.1	@root	HL7 に登録されている成果物の名前空間 OID となる「2.16.840.1.113883.1.3」を設定。		1..1	M
1.2	@extension	CDA R2 仕様のバージョンを一意に識別する成果物識別子である「POCD_HD000040」を設定。		1..1	M
2	id	生成されたファイルをユニークに識別する ID。		1..1	M
2.1	@nullFlavor	未使用としヌル値を意味する“NI”を設定。		1..1	M

3.2.3 健診管理情報

CDA 管理情報の 2 つの要素につづく要素は、健診管理情報であり、表 2 に示される項目からなる。

ここでは、保険者が健診機関から受領するファイルに対して次の加工を行うことが必要である。

- 1) 表 2 X M L 仕様 No.4.1 (ファイル作成日) : 保険者が本ファイルを作成した日付に上書き設定。
- 2) 同仕様 No.6 (受診者情報) : 加工必要。詳細は 3.2.3.1 節参照。
- 3) 同 No.7 (ファイル作成機関情報) : 加工必要。詳細は 3.2.3.2 節参照。
- 4) 同 No.8 (ファイル作成管理責任機関情報) : 加工不要。
- 5) 同 No.9 (受診券情報) : 加工必要。詳細は 3.2.3.4 節参照。
- 6) 同 No.10 (健診実施情報) : 加工必要。詳細は 3.2.3.5 節参照。

表 2 ヘッダ部の健診管理情報

No	XPath	説明	厚労省公表資料との対応	多重度	選択性
0	/ClinicalDocument			1..1	M
3	code	報告区分を表すコードを設定。このファイルが作成された目的や作成タイミングなどの情報を格納するために使用される。		1..1	M
3.1	@code	報告区分コード 2 桁 (上位 1 桁が特定健診受診情報の実施区分に対応する)	1 桁目 (1 0 の位) は実施区分コード。	1..1	M

10: 特定健診情報

または

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

		の不足項目を実施 送信側が XML ファイル作成時には、実施区分コード 1 桁(1 または 4)をこの報告区分の10の位に設定し1の位は0(ゼロ)とすること。なお「支払基金への実績報告」のコードとして用意されている「3」をここでは使用しないので注意すること。 受信側が XML ファイルを受信して使用する場合には、この報告区分 2 桁のうち10の位の 1 桁をとりだし、それを特定健診受診情報の実施区分として取得し使用すること。			
3.2	@codeSystem	コードのコード体系を識別する OID。 「1.2.392.200119.6.1001」を設定。		1..1	M
3.3	@displayName	使用しない。		0..1	O
4	effectiveTime	本ファイルのオフィシャルなファイル作成日(実際のファイル作成日と異なることもあり)。この日付をもって本データを提出したこととして取り扱う日。 <u>※健診機関より受領したファイル中に格納されている本要素の日付を書き換える必要がある。</u>		1..1	M
4.1	@value	「YYYYMMDD」。		1..1	M
5	confidentialityCode	守秘レベルコード。HL7 ポキャブラリドメイン Confidentiality の値を使用。		1..1	M
5.1	@code	守秘レベルコードのニーモニック。通常時の守秘レベルを表す「N」を設定。		1..1	M
5.2	@codeSystem	XML ファイルサイズを小さくするため当面使用しなくてよいが、使用する場合には守秘レベルコードのコード体系を識別する OID。 「2.16.840.1.113883.5.25」固定。		0..1	O
6	recordTarget	受診者情報。構造を含め詳細は、3.2.3.1節に記載。		1..1	M
7	author	本ファイルを作成し提出する保険者側の情報(通常は送付元に相当する)。構造を含め詳細は、3.2.3.2節に記載。		1..1	M
8	custodian	本ファイル作成管理責任機関情報。本仕様では使用しないが HL7CDA 規格上必須であるため、3.2.3.3節のように記述するものとする。		1..1	M
9	participant	受診者の受診券に関する情報。詳細は、3.2.3.4節に記載。		0..1	O
10	documentationOf	健診実施情報。詳細は、3.2.3.5節に記載。		1..1	M

ヘッダ部の XML サンプルを以下に示す。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" ?>
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 ../xsd/hc08_V08.xsd">
  <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040" />
  <id nullFlavor="NI"/>
  <!--報告書区分 10 = 特定健診情報の報告-->
  <code code="10" codeSystem="1.2.392.200119.6.1001" />
  <effectiveTime value="20090401" />
  <confidentialityCode code="N" />
  <!-- 受診者情報 -->
  <recordTarget>...</recordTarget>
  <!--ファイル作成機関情報 -->
  <author>...</author>
  <!-- ファイル作成管理責任機関情報 -->
  <custodian>...</custodian>
  <!--受診券と保険者情報 -->
  <participant>...</participant>
  <!-- 健診実施情報 -->
  <documentationOf>...</documentationOf>
    <component>...</component>
    ...
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.2.3.1 受診者情報

ClinicalDocument の子要素である recordTarget 要素で受診者情報を記述する。健診データ項目一覧表のうち、表 3 に示す項目がこの要素で表現される。

保険者番号、被保険者証等記号、被保険者証等番号、受診者住所、受診者カナ氏名は、実績報告用ファイルには格納しない。また整理用番号 1 と 2 は必須と明示された。

ここでは、保険者が健診機関から受領するファイルに対して次の加工を行うことが必要である。

1) 表 4 XML 仕様 No.6.2：新たに要素を追加。厚生労働省の付番方法により付番した整理用番号 1 を設定。

2) 同 No.6.3：新たに要素を追加。厚生労働省の付番方法により付番した整理用番号 2 を設定。

もしすでに本要素（patientRole/id/@root の値が「1.2.392.200119.6.203」または「1.2.392.200119.6.299」であることで判定）が存在する場合には、厚生労働省の付番方法により付番した整理用番号 2 を上書き設定し、その patientRole/id/@root に「1.2.392.200119.6.203」を上書き設定。

3) 同 No.6.4～6.6：要素を削除。

保険者番号の要素であることは、patientRole/id/@root の値が「1.2.392.200119.6.101」であることで判定し削除。被保険者証等記号の要素であることは、patientRole/id/@root の値が「1.2.392.200119.6.204」であることで判定し削除。

被保険者証等番号の要素であることは、patientRole/id/@root の値が「1.2.392.200119.6.205」であることで判定し削除。

4) 同 No.6.7.1：受診者住所の値だけを（patientRole/addr 要素は残したまま）削除。

5) 同 No.6.10：受診者の氏名の要素を削除。

表 3 受診者情報に含まれる項目

No	項目名	XML 仕様 No	XPath
	整理用番号 1	6.2.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@extension
	整理用番号 2	6.3.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@extension
	受診者の郵便番号	6.8.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr/postalCode/text()
	受診者の性別	6.11.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/administrativeGenderCode/@code
	受診者の生年月日	6.12.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthTime/@value

受診者情報の XML 仕様の詳細を表 4 に示す。

表 4 受診者情報 XML 仕様

No	XPath	説明	多重度	選択性
6	/ClinicalDocument/recordTarget		1..1	M
6.1	patientRole	受診者情報	1..1	M
6.2	patientRole/id	整理用番号 1	1..1	M
6.2.1	@extension	<u>「整理用番号 1」に対応する文字列。</u>	1..1	M
6.2.2	@root	<u>整理用番号 1 の OID。「1.2.392.200119.6.202」を設定。</u>	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

6.3	patientRole/id	整理用番号2	0..1	O
6.3.1	@extension	「整理用番号2」に対応する文字列。 健診機関から受領したファイルには健診施設固有の番号が格納されている場合には削除し、厚生労働省の付番方法により付番した番号を設定。	1..1	M
6.3.2	@root	整理用番号2のOID。「1.2.392.200119.6.203」を設定。 健診機関から受領したファイルには健診施設固有のOID（「1.2.392.200119.6.299」）が設定されている場合があるので、正しく再設定すること。	1..1	M
6.4	patientRole/id	保険者番号 要素が出現しない 存在する本要素を削除する場合には、保険者番号の要素であることは、patientRole/id/@root の値が「1.2.392.200119.6.101」であることで判定する。	0	X
6.5	patientRole/id	被保険者証等記号 要素が出現しない 存在する本要素を削除する場合には、被保険者証等記号の要素であることは、patientRole/id/@root の値が「1.2.392.200119.6.204」であることで判定する。	0	X
6.6	patientRole/id	被保険者証等番号 要素が出現しない 存在する本要素を削除する場合には、被保険者証等番号の要素であることは、patientRole/id/@root の値が「1.2.392.200119.6.205」であることで判定する。	0	X
6.7	patientRole/addr/	受診者住所情報	1..1	M
6.7.1	text()	「受診者住所」は格納しない。 値が出現しない	0	X
6.8	patientRole/addr/postalCode	受診者の郵便番号	1..1	M
6.8.1	text()	「受診者郵便番号」に対応する半角文字列。書式は、「###-####」（[0-9][3]-[0-9][4]。ハイフンを含む）。	1..1	M
6.9	patientRole/patient	受診者個人情報	1..1	M
6.10	patientRole/patient/name	受診者の氏名 要素が出現しない	0	X
6.11	patientRole/patient/administrativeGenderCode	「受診者の性別」コード。	1..1	M
6.11.1	@code	受診者の性別コード 男=「1」、女=「2」。	1..1	M
6.11.2	@codeSystem	受診者の性別コードのコード体系を識別するOID。「1.2.392.200119.6.1104」を設定。	0..1	O
6.12	patientRole/patient/birthTime	受診者の生年月日。	1..1	M
6.12.1	@value	「受診者の生年月日」。書式は数字半角文字列で「YYYYMMDD」。	1..1	M

受診者情報のXMLサンプルを以下に示す（整理用番号1と2は仕様上は64桁であるが、下記サンプルでは便宜上8桁としている）

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル(支払基金への実績報告用)仕様説明書	

```

<ClinicalDocument>
...
<!-- 受診者情報 -->
  <recordTarget>
    <patientRole>
      <!-- 整理用番号 1 -->
      <id extension="12345678" root="1.2.392.200119.6.202" />
      <!-- 整理用番号 2 -->
      <id extension="98765432" root="1.2.392.200119.6.203" />
      <!-- 受診者の郵便番号 -->
      <addr>
        <postalCode>123-0001</postalCode>
      </addr>
      <patient>
        <!-- 性別コード: 男 -->
        <administrativeGenderCode code="1" codeSystem="1.2.392.200119.6.1104" />
        <!-- 受診者の生年月日(西暦) -->
        <birthTime value="19320924" />
      </patient>
    </patientRole>
  </recordTarget>
...
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.2.3.2 ファイル作成機関の情報

本ファイル作成機関の情報として保険者側の情報を格納する部分となるが、本仕様では保険者番号に関する情報は格納しないこととなっているため、ファイル作成日を除きすべて省略することになる。しかし既存のXMLスキーマとの整合性を維持するため、必要最小限の要素は出現する。

ここでは、保険者が健診機関から受領するファイルに対して次の加工を行うことが必要である。

- 1) 表6 XML仕様 No.7.1.1：日付は保険者が本ファイルを作成した日付を上書き設定。
- 2) 同 No.7.4～7.9：assignedAuthor/representedOrganization 要素を削除。

本ファイルの受信時には、特別な必要性がないかぎり、ファイル作成機関情報は無視してよい。健診実施機関に関する情報は、documentationOf 要素に記述されているので、そちらを読み出して使用すること。

表5 ファイル作成機関情報に含まれる項目

No	項目名	XML仕様 No	XPath
特になし			

ファイル作成機関情報のXML仕様を表6に示す。

表6 作成機関情報 XML仕様

No	XPath	説明	多重度	選択性
7	/ClinicalDocument/author		1..1	M
7.1	time	ファイル作成日。このファイルの保険者側での実際の作成日。受信側で特に利用されることはないため、適宜作成日付を参考までに格納しておくことでよい。	1..1	M
7.1.1	@value	書式は「YYYYMMDD」	1..1	M
7.2	assignedAuthor	ファイル作成機関情報	1..1	M
7.3	assignedAuthor/id	ファイル作成機関識別子	1..1	M
7.3.1	@nullFlavor	HL7 ボキャブラリドメイン NullFlavor より「NI」を設定。	1..1	M
7.4	assignedAuthor/representedOrganization	ファイル作成機関 要素が出現しない	0	X
7.5	assignedAuthor/representedOrganization/id	ファイル作成機関の番号 要素が出現しない	0	X
7.6	assignedAuthor/representedOrganization/name	ファイル作成機関の名称 要素が出現しない	0	X
7.7	assignedAuthor/representedOrganization/telecom	ファイル作成機関の連絡先情報 要素が出現しない	0	X
7.8	assignedAuthor/representedOrganization/addr	ファイル作成機関の所在地情報 要素が出現しない	0	X
7.9	assignedAuthor/representedOrganization/addr/postalCode	ファイル作成機関の所在地郵便番号情報 要素が出現しない	0	X

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

ファイル作成機関の XML サンプルを以下に示す。

```
<ClinicalDocument>
...
<!-- ファイル作成機関情報 -->
<author>
  <time value="20090402" />
  <assignedAuthor>
    <id nullFlavor="NI" />
  </assignedAuthor>
</author>
...
</ClinicalDocument>
```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.2.3.3 ファイル作成管理責任機関情報

特定健診情報の送信のためには特に必要としない情報であるが、HL7CDA 規格上は報告書管理責任機関情報として必須要素であるため表 7 のように記述する。
受信側は無視してよい。

ここでは、保険者が健診機関から受領するファイルに対して加工不要である。

表 7 ファイル作成管理責任機関情報 XML 仕様

No	XPath	説明	多重度	選択性
8	/ClinicalDocument/custodian		1..1	M
8.1	assignedCustodian	ファイル作成管理責任機関情報	1..1	M
8.2	assignedCustodian/ representedCustodianOrganization	ファイル作成管理責任機関	1..1	M
8.3	assignedCustodian/ representedCustodianOrganization/id	ファイル作成管理責任機関の機関番号	1..1	M
8.3.1	@nullFlavor	"NI" を設定する。	1..1	M

ファイル作成管理責任機関情報の XML サンプルを以下に示す。

```

<ClinicalDocument>
...
<!-- ファイル作成管理責任機関情報 -->
<custodian>
  <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
      <id nullFlavor="NI" />
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>
...
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.2.3.4 受診券情報

受診者が健診実施時に属した保険者の情報および、その保険者が発行した受診券に関する情報を表現する目的で存在する。しかし本仕様では保険者が識別できる情報は格納しないこととしているので、その部分は使用されない。その結果、表 8 に示す項目が含まれる。

本通知では

「保険者が委託により特定健康診査を実施し、集合契約等により受診券を発券している場合は、その委託先から保険者がその結果を受領する際に各機関にてその番号を記録されていることから、そのまま提出することとなる。受診券が発券されていない場合（保険者自身で特定健康診査を実施した場合や、償還払いにより加入者から特定健康診査に関する記録の写しを受領する場合、あるいは他の健康診断に関する記録の写しを受領する場合等）は、新たに付番（受診券番号の発番ルールに基づき空き番号を付番）して記録するか、付番せず空欄とする。空欄とする場合は、受診券整理番号に変わる紐付け用の番号が必要となるため、整理用番号にて紐付けを行う。」とされており、受診券整理番号を空欄としたい場合には本要素 /ClinicalDocument/participant は出現しない。

ここでは、保険者が健診機関から受領するファイルに対して次の加工を行うことが必要である。

- 1) 表 9 XML 仕様 No.9.3 : time 要素を削除
- 2) 同 No.9.6.2 : @root 属性を削除。
- 3) 同 No.9.7 : associatedEntity/scopingOrganization 要素を削除。

表 8 受診券情報へのマッピング項目

No	項目名	XML 仕様 No	XPath
	受診券整理番号	9.6.1	/ClinicalDocument/participant/associatedEntity/id/@extension

受診券情報の XML 仕様を表 9 に示す。

表 9 受診券情報の XML 仕様

No	XPath	説明	多重度	選択性
9	/ClinicalDocument/participant		0..1	O
9.1	@typeCode	HL7 ボキャブラリドメイン ParticipationType から所有者を示す「HLD」を設定。	1..1	M
9.2	functionCode	受診券の情報であることを示す情報	1..1	M
9.2.1	@code	受診券券面種別コードを示す「1」を設定。	1..1	M
9.2.2	@codeSystem	受診券・利用券の券面種別コードのための OID。「1.2.392.200119.6.208」を設定。	1..1	M
9.3	time	受診券の有効期間 要素が出現しない	0	X
9.5	associatedEntity	受診券と発行者の識別情報。	1..1	M
9.5.1	@classCode	HL7 ボキャブラリドメイン RoleClass から「IDENT」を設定。	1..1	M
9.6	associatedEntity/id	受診券整理番号	1..1	M
9.6.1	@extension	「受診券整理番号」に対応する文字列。数字 11 桁固定。	1..1	M
9.6.2	@root	本来は受診券整理番号のための OID を設定する属性であるが、本仕様では省略する	0	X

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

		(属性を出現させない)。 健診機関情報から受領するファイルには OID が設定されており、そのOIDには受診券 を発行した保険者番号が含まれているた め、OIDを削除することが必要である。 属性が出現しない		
9.7	associatedEntity/scopingOrganization	受診券を発行した保険者の保険者情報 要素が出現しない	0	X

受診券のXMLサンプルを以下に示す。

```

<ClinicalDocument>
...
<participant typeCode="HLD">
<functionCode code="1" codeSystem="1.2.392.200119.6.208" />
  <associatedEntity classCode="IDENT">
    <!-- 受診券番号 -->
    <id extension="11223344551" />
  </associatedEntity>
</participant>
...
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.2.3.5 健診実施情報

健診実施情報を表現する。表 10 に示す項目が含まれる。健診実施機関の電話番号、住所、郵便番号は格納されない。

ここでは、保険者が健診機関から受領するファイルに対して次の加工を行う必要がある。

1) 表 1 1 XML 仕様 No.10.10 :

serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/telecom
要素を削除。

2) 同 No.10.11、10.12 : serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr
要素を削除。

表 10 健診実施情報に含まれる項目

No	項目名	XML 仕様 No	XPath
	健診実施時のプログラム種別	10.2.1	/ClinicalDocument/documentaionOf/serviceEvent/code/@code
	健診実施年月日	10.3.1	/ClinicalDocument/documentaionOf/serviceEvent/effectiveTime/@value
	健診実施機関番号	10.8.1	/ClinicalDocument/documentaionOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/id/@extension
	健診実施機関名称	10.9.1	/ClinicalDocument/documentaionOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/name/text()

健診実施情報の XML 仕様を表 11 に示す。

表 11 健診実施情報 XML 仕様

No	XPath	説明	多重度	選 択 性
10	/ClinicalDocument/documentationOf		1..1	M
10.1	serviceEvent	健診実施情報。	1..1	M
10.2	serviceEvent/code	健診プログラムサービスコード。 この健診プログラムサービスコードは、健診実施時にどのような区分として実施されたかを示す。	1..1	M
10.2.1	@code	健診機関から保険者が受領したファイル中に格納されれている本情報をそのまま設定してよい。ファイル受領側はこれを使用しない。 000: 不明 010: 特定健診 020: 広域連合の保健事業 030: 事業者健診(労働安全衛生法に基づく健診) 040: 学校健診(学校保健法に基づく職員健診)	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル(支払基金への実績報告用)仕様説明書	

		050:生活機能評価 060:がん検診 090:肝炎検診 990:上記ではない健診(検診)		
10.2.2	@codeSystem	コード体系を識別するOID。 「1.2.392.200119.6.1002」を設定。	1.1	M
10.2.3	@displayName	コードの表示名。コードに応じて「特定健診」「広域連合保健事業」「事業者健診」「学校健診」「生活機能評価」「がん検診」「肝炎検診」「その他検診」を設定。これらの文字列は人間が読んでコードに対応する意味がわかるために便宜上記述されるものであり、この文字列と完全に一致させる必要はなく、一致していることを要求するものでもない。省略可能。	0.1	O
10.3	serviceEvent/effectiveTime	健診の実施日	1.1	M
10.3.1	@value	「健診実施年月日」に対応する文字列。 書式は「YYYYMMDD」。	1.1	M
10.4	serviceEvent/performer	健診プログラムサービスの実施者情報	1.1	M
10.4.1	@typecode	HL7 ポキャブラリドメイン より「PRF」を設定。	1.1	M
10.5	serviceEvent/performer/assignedEntity	健診実施機関情報	1.1	M
10.6	serviceEvent/performer/assignedEntity/id	健診実施機関識別子	1.1	M
10.6.1	@nullFlavor	HL7 ポキャブラリドメイン NullFlavor より「NI」を設定。	1.1	M
10.7	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization	健診実施機関	1.1	M
10.8	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/id	健診実施機関の番号	1.1	M
10.8.1	@extension	「健診実施機関番号」に対応する文字列。数字10桁固定。 保険者自らが実施した場合や、健診機関番号はない機関での実施形態の場合の設定値については厚労省通知を参照すること。	1.1	M
10.8.2	@root	健診実施機関のためのOIDを設定。 健診機関:「1.2.392.200119.6.102」 前項で保険者自らが実施した場合や、健診機関番号がない機関での実施形態の場合の設定値を使用した場合にも「1.2.392.200119.6.102」を設定する。	1.1	M
10.9	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/name	健診実施機関の名称。	1.1	M
10.9.1	text()	「健診実施機関名称」文字列。 文字数の最大長は厚労省通知別紙を参照のこと。	1.1	M
10.10	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/telecom	健診実施機関の連絡先情報 <u>要素が出現しない</u>	0	X
10.11	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr	健診実施機関の所在地情報 <u>要素が出現しない</u>	0	X
10.12	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/postalCode	健診実施機関の所在地郵便番号情報 <u>要素が出現しない</u>	0	X

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

健診実施情報の XML サンプルを以下に示す。

```

<ClinicalDocument>
...
<documentationOf>
  <serviceEvent>
    <code code="010" codeSystem="1.2.392.200119.6.1002"
      displayName="特定健診"/>
    <effectiveTime value="20070720"/>
    <performer typeCode="PRF">
      <assignedEntity>
        <id nullFlavor="NI" />
        <representedOrganization>
          <id extension="1234567890" root="1.2.392.200119.6.102" />
          <name>特定健診サービス</name>
        </representedOrganization>
      </assignedEntity>
    </performer>
  </serviceEvent>
</documentationOf>
...
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.3 ボディ部

ボディ部には、特定健診で定められた結果情報（検査結果および問診結果）、および任意に追加された健診項目結果情報が含まれ、それぞれ CDA セクションとして表現される。各セクションは、そのセクションの内容を人が解釈することを目的として構造化テキストとして記述する説明ブロック（Narrative Block）と、セクション内容を機械可読なデータとして記述するエントリ記述ブロック（Entry）から構成される。説明ブロックは、section 要素内の text 要素に HTML に類似するタグを使って記述されるが、text 要素にすべての健診項目の結果を記述するとそれだけでファイルサイズが非常に大きくなること、および必要ならエントリ記述ブロック中のデータから説明ブロックデータを機械的に生成可能であること、の 2 つの理由により、本仕様では text 要素には限定された少数の項目だけを任意記述するものとし、その他の項目の記述は行わないこととする。一方、エントリ記述ブロックは、section 要素の子要素となる entry 要素の繰り返しで記述する。section 要素は、セクションの種別を示すセクションコードを表す code 要素を、子要素として含まなければならない。各セクションのセクションコードを表 12 に示す。本仕様では報告対象が特定健診で定められた検査結果・問診結果のみであることから、ボディ部には、特定健診検査・問診セクションのみを格納する。他のセクションは出現してはならない。

ここでは、保険者が健診機関から受領するファイルに対して次の加工を行うことが必要である。

健診機関等から保険者が受領するファイルには、特定健診検査・問診セクション以外のセクションが含まれることがあるので、その場合にはそれらのセクションは削除することが必要となる。

具体的には、

/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/code/@code の値が "01010" でない場合には、その
/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section を削除する。

本節以降で必要となる加工は上記だけで、それ以外の加工は不要である。

表 12 健診データ CDA セクションの種類とコード

セクションコード	セクション名	説明
01010	特定健診検査・問診セクション	特定健診で定められた健診項目の検査結果および問診結果。本セクションはかならず 1 度だけ存在しなければならない。

ボディ部の XML 仕様を表 13 に示す。

表 13 ボディ部の XML 仕様

No	XPath	説明	多重度	選択性
11	/ClinicalDocument/component		1..1	M
11.1	structuredBody	構造化ボディ。	1..1	M
11.2	structuredBody/component	セクションへの包含関係情報。3.3.1 節で認識するように 1 個から 3 個の要素が存在する。	1..1	M
11.3	structuredBody/component/section	セクション情報。詳細は 3.3.1～3.3.3 節。	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

以下に CDA ボディの XML サンプルを示す。

```
<ClinicalDocument>
...
<!-- 健診情報、保健指導情報-->
<component>
  <structuredBody>
    <component>
      <section>
        <!-- 特定健診の検査・問診セクション（3.3.2 節） -->
      </section>
    </component>
  </structuredBody>
</component>
</ClinicalDocument>
```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.3.1 健診報告区分とCDA セクションの関係

本仕様では特定健診セクション以外は使わないため、本節は不要であるが、健診機関健診情報ファイル仕様説明書と章・節番号の整合をとるため残した。

3.3.2 特定健診検査・問診セクション

本セクションおよびそれ以降最終ページまでの記述は、正誤表の反映および文字色や文字スタイルおよび表 14 (11.4.1) のセクションコードの制限に関する記述を除き、健診機関健診情報ファイル仕様説明書と完全に同一である。

3.3.2.1 セクション部仕様

検査や問診結果の情報は、単一のセクションで表現され、人が解釈するための説明ブロックと、各検査項目に対応する機械可読表現である複数の entry 要素を含む。セクションコードには前節の表に従い、特定健診報告の場合には健診データ CDA セクションコードのうち「01010」を指定する。

検査・問診結果セクションの XML 仕様を表 14 に示す。

表 14 検査・問診結果セクション XML 仕様

No	XPath	説明	多重度	選択性
11.3	/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section		1..1	M
11.4	code	CDA セクションコード。	1..1	M
11.4.1	@code	CDA セクションコード「01010」を設定。 これ以外のセクションコードは認められない。	1..1	M
11.4.2	@codeSystem	CDA セクションコードのコード体系を示す OID。「1.2.392.200119.6.1010」を設定。	1..1	M
11.4.3	@displayName	CDA セクションコードの表示名。「検査・問診結果セクション」を設定。	0..1	O
11.5	title	CDA セクションタイトル。	0..1	O
11.5.1	text()	CDA セクションタイトルを示す文字列。「検査・問診結果セクション」を設定。	1..1	M
11.6	text	CDA セクションのテキスト記述。	1..1	M
11.6.1	text()	CDA セクションのテキスト記述。詳細は 3.3.2.2 節。	1..1	M
11.7	entry	健診項目の機械可読表現。詳細は 3.3.2.3 節。	1..*	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

検査・問診結果セクションの XML サンプルを以下に示す。

```

<section>
  <code code="01010" codeSystem="1.2.392.200119.6.1010"
    displayName="検査・問診結果セクション"/>
  <title>検査・問診結果セクション</title>
  <text>
    <!-- 検査・問診結果セクション テキスト記述（3.3.2.2 節） -->
  </text>
  <!-- 検査・問診結果セクション 機械可読記述（1つ以上の entry） -->
  <entry>
    ...
  </entry>
  <entry>
    ...
  </entry>
  ...
</section>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.3.2.2 テキスト部（説明ブロック）仕様

検査・問診結果セクションの内容を人が解釈するための情報を記述する説明ブロックには、list 要素および item 要素を使用して、検査項目とその結果値を表現する。各健診項目に対して、1つの item 要素が対応する。item 要素のテキスト内容の書式は、

「項目名 検査結果テキスト」（空白は半角スペース）

とし、検査結果テキストは、検査結果セクションパターン およびパターン によって、以下の値を指定する（パターンについての説明は、3.3.2.3 エントリ部仕様を参照のこと）。

パターン 「検査結果 表示用単位」（空白は半角スペース）

パターン 「検査結果コード表示名」

また未実施の項目の場合、検査結果テキストは「未実施」を設定し、測定不可能の場合は「測定不可能」を設定する。

さらに、測定値が入力範囲を超えた場合には、測定値に指定する「H」または「L」を指定する。

基準値に基づく判定結果は記述しない。

ファイルサイズをコンパクトにするため、説明ブロックに記述する項目は表 15 に掲げた項目だけに限定するものとする。またこれらについても任意である。まったく記述しなくてもよいがその場合でも text 要素は必須である。

表 15 検査結果項目説明ブロック仕様

No	項目名	単位(表示用)
	身長	cm
	体重	kg
	BMI	kg/m ²
	腹囲	cm
	メタボリックシンドローム判定	
	保健指導レベル	

表 16 検査結果セクション説明ブロック XML 仕様

XML-No	XPath	説明	多重度	選択性
11.6	/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/text		1..1	M
	list	説明ブロック 検査項目リスト	0..1	O
	list/item	検査項目	1..*	M
	text()	検査項目内容を表すテキスト。書式は「項目名 検査結果テキスト」（空白は半角スペース）で検査結果テキストは、以下のいずれかとする。 「未実施」 ……未実施の場合 「測定不可能」 ……測定不可能の場合 「H」 ……検査項目パターン①で入力最大値より大きい場合 「L」 ……検査項目パターン①で入力最小値より小さい場合 「測定値 単位(表示用)」 ……上記以外の検査項目パターン①（空白は半角スペース） 「検査結果コード表示名」 ……上記以外の検査項目パターン②	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

text 要素を記述する例

```

<section>
  <code code="01010" codeSystem="1.2.392.200119.6.1010"
  displayName="検査・問診結果セクション" />
  <title>検査・問診結果セクション</title>
  <text>
    <list>
      <item>身長 176.6 cm</item>
      <item>体重 77.5 kg</item>
      <item>BMI 25.5 kg/m2</item>
      <item>腹囲 85cm</item>
      <item>メタボリックシンドローム判定 予備軍該当</item>
      <item>保健指導レベル 積極的支援</item>
    </list>
  </text>
  ...
</section>

```

text 要素になにも記述しない例

```

<section>
  <code code="01010" codeSystem="1.2.392.200119.6.1010" displayName="検査・問診結果セクション" />
  <title>検査・問診結果セクション</title>
  <text />
  ...
</section>

```

3.3.2.3 エントリ部仕様

検査・問診結果セクションに含まれる項目は、その結果値のとりうる値により、
 検査結果が定量値で表現される項目
 検査結果がコード値（定性結果、所見解釈コード）で表現される項目
 の2つのパターンに分類することができる。検査項目の機械可読な表現を記述する entry 要素の XML 仕様は、その項目がどちらのパターンに該当するかによって決定される。以下に、それぞれのパターンの XML 仕様を示す。

3.3.2.3.1 検査・問診結果セクションエントリ部パターン

健診結果が単一の物理量（実数値と単位の組）で表現される項目であり、本仕様とは別に公開される「特定健診項目コード表（XML 用）」の XML パターンが 1 である項目が該当する。
 このパターンに含まれる検査項目では、各項目で、表 17 に示す(1)から(13)の値を設定する。項目によってそれぞれ設定する値が異なるものや、設定する必要のないものが存在する。それらの仕様を表 17 に示す。なお表 17 および表 18 は、パターン およびパターンの両方に使用できるよう記述してある。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.3.2.3.2 一連検査グループの考え方

「貧血検査の複数項目の検査結果とその検査を実施した理由情報」、あるいは「胸部 X 線検査所見とそのフィルム番号」などのように、ある検査結果は、それに付帯する情報（付帯情報）とともに現れることがある。このような付帯情報をを単に検査結果と並列に並べてしまうと、付帯情報がその検査項目の付帯情報であったかを識別することが困難になる場合がある。そこで、このように 1 個以上の検査結果とその付帯情報をひとつのグループとしてまとめて記述する仕組みを導入することが必要である。このような目的で導入されるグループを本仕様書では「一連検査グループ」と呼んでいる。

一連検査グループとしてグルーピングされない複数の検査結果は、「entry 要素の中に observation 要素が 1 個ネ스팅された構造」の繰り返しとして記述される。つまり entry/observation が各検査項目を記述している。

これに対して、一連検査グループとしてグルーピングされる複数の検査結果およびその付帯情報は、entry 要素の直下に一連検査グループをくくるための observation 要素がひとつだけ出現し、その内部に「entryRelationship 要素の中に observation 要素が 1 個ネ스팅された構造」の繰り返しとして各検査結果および付帯情報が記述される。つまり、entry/observation はグループをくくる単位となり、その子要素として entryRelationship/observation が各検査項目を記述している。

各 entryRelationship 同士の関係は、entryRelationship/@typeCode により記述され、詳細は本仕様のボキャブラリ仕様「行為間関係種別コード」に記載されており以下のようなものがある。

COMP：包含関係（組み合わせ関係）

RSON：他の項目への理由関係

本仕様では、現在までに本仕様に関連する厚労省の資料で公表されている項目のうち、次表に示すものをそれぞれ一連検査グループとしてまとめることとしている。なお随時血糖については食後採血時間とともに一連検査グループにすべきところであるが、厚生労働省の特定健診項目資料では食後採血時間を独立した項目情報として取り扱うこととしたので、それにあわせて食後採血時間に関する情報を随時血糖値とグループ化することを取りやめた（2007.10.29）。

グループ	行為間関係種別コード	検査項目または情報項目
特定健診において医師の判断があって実施される貧血検査	COMP	ヘマトクリット値
	COMP	血色素量（ヘモグロビン）
	COMP	赤血球数
	COMP	MCV、MCH、MCHC（特定健診報告では不要）
	COMP	白血球（特定健診報告では不要）
	COMP	血小板（特定健診報告では不要）
	RSON	貧血検査実施理由 1
心電図検査	COMP	心電図所見の有無
	COMP	心電図所見
	RSON	心電図実施理由 1
胸部 X 線直接・が	COMP	胸部エックス線検査（がん：直接）
	COMP	胸部エックス線検査撮影年月日（直接）

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

ん健診	COMP	胸部エックス線検査フィルム番号（直接）
胸部 X 線 直接・一 般健診	COMP	胸部エックス線検査（一般：直接）所見の有無
	COMP	胸部エックス線検査（一般：直接）所見
	COMP	胸部エックス線検査撮影年月日（直接）
	COMP	胸部エックス線検査フィルム番号（直接）
胸部 X 線 間接・一 般健診	COMP	胸部エックス線検査（一般：間接）所見の有無
	COMP	胸部エックス線検査（一般：間接）所見
	COMP	胸部エックス線検査撮影年月日（間接）
	COMP	胸部エックス線検査フィルム番号（間接）
胸部 X 線 直接・が ん健診	COMP	胸部エックス線検査（がん：間接）
	COMP	胸部エックス線検査撮影年月日（間接）
	COMP	胸部エックス線検査フィルム番号（間接）
胸部 CT 直接・が ん健診	COMP	胸部 CT 検査（がん）
	COMP	胸部 CT 検査撮影年月日
	COMP	胸部 CT 検査フィルム番号
胸部 CT 直接・一 般健診	COMP	胸部 CT 検査（所見の有無）
	COMP	胸部 CT 検査（所見）
	COMP	胸部 CT 検査撮影年月日
	COMP	胸部 CT 検査フィルム番号
上部消化 管検査	COMP	上部消化管エックス線（所見の有無）
	COMP	上部消化管エックス線（所見）
	COMP	上部消化管エックス線撮影年月日
	COMP	上部消化管エックス線フィルム番号
眼底検査	COMP	眼底検査（いずれかの分類あるいはその他の所見）の 1 項目
	RSON	眼底検査実施理由 1
生活機能 評価	COMP	生活機能評価 1
	COMP	生活機能評価 2
	COMP	生活機能評価 3

1：特定健診以外の健診において医師の判断によらず契約で実施が予定されていた場合で、報告区分が特定健診報告以外の場合にはこの項目は存在しなくてもよいが、その場合にもグループ化はするものとする。

表 17 検査結果項目パターン で指定するデータ

No	項目名	値	備考	XML 仕様 No
(1)	検査項目コード	検査項目に対応するコードを指定。本仕様とは別に公開される「 特定健診項目コード表(XML用) 」の「 項目コード 」に記載されており、JLAC10-17 桁コードにもとづいて厚生労働省および関連団体で特定健診項目コードとして取り決めたコードを使用する。		11.9.1
(2)	検査項目コード体系 OID	1.2.392.200119.6.1005		11.9.3
(3)	検査項目コード表示 名	項目に対応するコード値の表示名（「 特定健診項目コード表(XML用) 」の「 XML 表示名 」を参照）を設定。		11.9.4

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

(4)	検査結果データ型	検査結果のコードのデータ型。「特定健診項目コード表(XML用)」の「XML データ型」を設定。 パターン①の場合、「PQ」 パターン②の場合、 1) 順序付コード値を示す「CO」。 2) 順序なしコード型を示す「CD」。 3) 文字列型を示す「ST」。	未実施、測定不可能の場合は出現しない。	11.11.1
(5)	結果	パターン①の場合、測定値の実数部（物理量）。入力範囲を超えた場合については3.3.2.3.3節参照。 パターン②の場合、結果を示すコードまたは文字列	未実施、測定不可能の場合は出現しない。	パターン①の場合、11.11.2 パターン②の場合、11.11.5 および 11.11.9
(6)	単位コード	パターン①の場合、「特定健診項目コード表(XML用)」の「UUCM 単位コード」を設定。コード体系 UUCM で定められた表記に従っている。表示用の単位コードと異なる場合があることに注意。検査値に単位がない場合には出現しない。 パターン②の場合には出現しない。	未実施、測定不可能の場合は出現しない。	11.11.3
(7)	結果コード体系 OID	パターン①の場合には出現しない。 パターン②の場合、結果を示すコードテーブルの OID。「特定健診項目コード表(XML用)」の「OID」を設定。	未実施、測定不可能の場合は出現しない。	11.11.6
(8)	結果コード表示名	パターン①の場合には出現しない。 パターン②の場合、結果を示すコードに対応するコード表示名。	未実施、測定不可能の場合には出現しない。	11.11.8
(9)	検査法コード	検査法の指定が必要な項目のみ出現し、「特定健診項目コード表(XML用)」の「XML 検査法コード」を設定。	検査法の指定がない項目、及び、未実施の場合には出現しない。	11.13.1
(10)	検査法コード体系 OID	検査法の指定が必要な項目のみ出現し、「特定健診項目コード表(XML用)」の検査法コードを表す OID 「1.2.392.200119.6.1007」を設定。	検査法の指定がない項目、及び、未実施の場合には出現しない。	11.13.2
(11)	基準値下限閾値	基準値が設定される項目のみ出現し、項目に設定された基準値の下限閾値(実数部)を設定。	基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合は出現しない。	11.20.1
(12)	基準値下限単位コード	基準値が設定される項目のみ出現し、(5)と同一の単位コードを設定。検査値に単位がない場合には出現しない。	基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合は出現しない。	11.20.2
(13)	基準値上限閾値	基準値が設定される項目のみ出現し、項目に設定された基準値の上限閾値(実数部)を設定。	基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合は出現しない。	11.21.1
(14)	基準値上限単位コード	基準値が設定される項目のみ出現し、(6)と同一の単位コードを設定。検査値に単位がない場合には出現しない。	基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合は出現しない。	11.21.2
(15)	結果解釈コード	① 測定値が基準値範囲外の場合	基準値が設定される項目の	11.12.1

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル(支払基金への実績報告用)仕様説明書	

		合: 測定値が基準値上限閾値を超える場合は「H」、基準値下限閾値未満の場合は「L」を設定。 ② 基準値が設定されている項目で、測定値が基準値範囲内の場合には「N」を設定。値が「N」の場合には省略できる。 ③ 基準値が設定されない項目: 要素自体が出現しない。	み出現。未実施の場合は出現しない。値が「N」の場合には省略できる。	
(16)	随時血糖食経過時間	検査項目が「随時血糖」の場合のみ、分単位で設定。	未実施の場合には出現しない。	11.10.2
(17)	結果を記録した者の氏名	氏名を文字列で設定。	結果を記録した医師名などを記述する場合に使用する。	11.15.2

検査結果セクションパターン の XML 仕様を表 18 に示す。

表 18 検査結果項目パターン XML 仕様

No	XPath	説明	多重度	選択性
11.7	/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/entry (一連検査グループレベルまたは、一連検査グループに属さない項目のエントリの場合)、または /ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/entry/observation/entryRelationship (一連検査グループを構成する各項目のエントリの場合)		1..*	M
11.8	observation	検査結果情報	1..1	M
11.8.1	@classCode	HL7 ボキャブラリドメイン ActClass から、観察行為を示す「OBS」を設定。	1..1	M
11.8.2	@moodCode	HL7 ボキャブラリドメイン AntMood から、結果情報を示す「EVN」を設定。	1..1	M
11.8.3	@negationInd	検査が未実施の場合「true」を設定。それ以外の場合は「false」を設定。 スキーマにより false をデフォルトに設定してあるため、false の場合には省略可能。	0..1	O
11.9	observation/code	健診項目コード。項目によって使用するコード体系が異なる。	1..1	M
11.9.1	@code	表 17「(1) 検査項目コード」。 一連検査グループレベルを問わず場合でグループコードが存在しない場合には出現しない。親の observation 要素が entryRelationship の子要素である場合には、必ず検査項目コードが格納される。 (注)本仕様では一連検査グループを問わずグループコードは公表されていないので存在しない。	0..1	O
11.9.2	@nullFlavor	一連検査グループを問わず場合で、グループコードが存在しない場合には nullFlavor="NA"とする	0..1	O

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

		(貧血検査グループ、心電図、眼底検査など検査とその理由などがグループ化される場合に使用される。後述のサンプルも参照のこと) 親の observation 要素が entryRelationship の子要素である場合には、出現しない。		
11.9.3	@codeSystem	表 17「(2) 検査項目コード OID」。 デフォルト値 = 1.2.392.200119.6.1005 の場合には省略する。 @nullFlavor (11.9.2)が記述される場合には出現しない。	0..1	○
11.9.4	@displayName	表 17「(3) 検査項目コード表示名」。通常省略する。@nullFlavor (11.9.2)が記述される場合には出現しない。	0..1	○
11.10	observation/effectiveTime	時間情報を記述。 observation/code/@code が、随時血糖値とともに一連検査グループ化される食後時間値をコードで記述するために使用されている場合において、コード記述に加えて経過時間を分でも記述したい場合にだけ出現する。その必要がない場合は出現しない。	0..1	○
11.10.1	width	時間情報のための要素。	1..1	M
11.10.2	width/@value	食後経過時間の分単位の値。	1..1	M
11.10.3	width/@unit	単位コード UUCM より「min」を指定。	1..1	M
11.11	observation/value	検査結果値。未実施の場合にはこの要素は出現しない。測定値が入力範囲を超えた場合には3.3.2.3.3節参照。 code/@code (11.9.1)が一連検査グループコードである場合や @nullFlavor (11.9.2)が記述される場合には出現しない。	0..1	○
11.11.1	@xsi:type	表 17「(4) 検査結果データ型。	1..1	M
11.11.2	@value	パターン①の場合、表 17「(5) 結果」。測定不可能の場合は出現しない。 パターン②の場合、出現しない。	0..1	○
11.11.3	@unit	パターン①の場合、表 17「(6) 単位コード」。測定不可能の場合は出現しない。また検査値に単位がない場合には出現しない。 パターン②の場合、出現しない。	0..1	○
11.11.4	@nullFlavor	測定不可能の場合のみ、HL7 ポキャブラリドメイン NullFlavor から、「NI」を指定。その他の場合はこの属性は出現してはならない。	0..1	○
11.11.5	@code	パターン①の場合、表 17「(5) 結果」。測定不可能の場合および @xistype が「ST」の場合は出現しない。	0..1	○

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

		パターン①の場合には出現しない。		
11.11.6	@codeSystem	パターン の場合、表 17「(7) 結果コード体系 OID」。測定不可能の場合および@xistype が「ST」の場合は出現しない。 パターン①の場合には出現しない。	0..1	○
11.11.7	@codeSystemName	パターン①で結果があらかじめ決められた入力範囲を超えた場合に、結果をコード化して設した場合にのみ使用し、「 ObservationInterpretation 」という文字列を設定。（セクション 3.3.2.3.3 入力範囲を超えた場合の測定値の記述、および表19を参照のこと。	0..1	○
11.11.8	@displayName	パターン の場合、表 17「(8) 検査項目コード表示名」。測定不可能の場合および@xistype が「ST」の場合は出現しない。 パターン①の場合には出現しない。	0..1	○
11.11.9	text()	パターン の場合で、@xistype が「ST」の場合の結果値。 未実施の場合および@xistype が「ST」以外の場合には出現しない。 パターン①の場合には出現しない。	0..1	○
11.12	observation/interpretationCode	結果解釈コード。測定不可能、未実施の場合には出現しない。測定値が基準値範囲内の場合には省略できる。code/@code (11.9.1)が一連検査グループコードである場合や@nullFlavor (11.9.2)が記述される場合には出現しない。	0..1	○
11.12.1	@code	表 17「(15) 結果解釈コード」。以下＝「L」、以上＝「H」、基準値範囲内＝「N」。	1..1	M
11.13	observation/methodCode	検査方法コード。検査方法が指定されている項目について設定。未実施の場合には出現しない。code/@code (11.9.1)が一連検査グループコードである場合や@nullFlavor (11.9.2)が記述される場合には出現しない。	0..1	○
11.13.1	@code	表 17「(9) 検査法コード」。	1..1	M
11.13.2	@codeSystem	表 17「(10) 検査法コード体系 OID」。「1.2.392.200119.6.1007」を設定。XML スキーマによりデフォルト値として1.2.392.200119.6.1007 が設定されているため、本属性は省略可能である。	0..1	○
11.14	observation/author	結果の記録に関する情報 医師の所見など、一部の情報項目についてのみ、所見記載者の氏名を格納するために出現する。	0..1	○

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル(支払基金への実績報告用)仕様説明書	

11.14.1	time/@nullFlavor	「NI」を設定。	1..1	M
11.15	observation/author/assignedAuthor	結果の記録者の情報	0..1	O
11.15.1	id/@nullFlavor	「NI」を設定。	1..1	M
11.15.2	assignedPerson/name/text()	表 17「(17)結果の記録者の氏名」を設定。形式は問わない。	1..1	M
11.16	observation/entryRelationship	observation/code が一連検査グループに属する項目情報を格納する場合に必ず出現し、一連検査グループを構成する各項目ごとに1組のentryRelationship/observation(11.8)構造として出現する。	0..*	O
11.16.1	@typeCode	随時血糖検査食後経過時間を記述する場合には、HL7 ボキャブラリドメイン ActRelationship より参照情報であることを意味する「REFR」を設定。 code/@code が一連検査グループコードである場合には、一連検査グループを構成する個々の検査結果を表現するために、「COMP」を指定。同じく、一連検査グループを構成する検査理由を表現するために、「RSON」を設定。	1..1	M
11.16.2	observation	一連検査グループを構成する各項目がentryRelationship/observation(11.8)構造として出現する。この observation の仕様は本表の11.8を再帰的に参照すること。	1..1	M
11.17	observation/referenceRange	基準値情報。 observation/value/@xsi:type がPQなど定量値の場合であって基準値情報が存在する場合には出現しなければならない。それ以外では不要。	0..1	O
11.18	observation/referenceRange/observationRange	基準値。	1..1	M
11.18.1	@classCode	HL7 ボキャブラリドメイン ActClass から、観察行為を示す「OBS」を設定。	1..1	M
11.18.2	@moodCode	HL7 ボキャブラリドメイン AntMood から、結果情報を示す「EVN. CRT」を設定。	1..1	M
11.19	observation/referenceRange/observationRange/value	基準値の範囲。上限、下限を含む。	1..1	M
11.19.1	@xsi:type	物理量の区間を表す「IVL_PQ」固定。	1..1	M
11.20	observation/referenceRange/observationRange/value/low	基準値の下限値。	1..1	M
11.20.1	@value	表 17「(11) 基準値下限閾値」。	1..1	M
11.20.2	@unit	表 17「(12) 基準値下限単位」。11.11.3 で設定したコードと同一。検査値に単位がない場合には出現しない。	0..1	O
11.21	observation/referenceRange/observationRange/value/high	基準値の上限値。	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

11.21.1	@value	表「(13) 基準値上限閾値」。	1..1	M
11.21.2	@unit	表「(14) 基準値上限単位」。11.11.3 で設定したコードと同一。検査値に単位がない場合には出現しない。	0..1	O

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

【サンプル - 1】検査結果セクションパターン の entry 要素のサンプルを示す。

検査項目：中性脂肪 項目コード = "3F015000002327101" 測定値 = 100 mg/dl

基準値 = 下限 50、上限 150

測定法 = 可視吸光度法（酵素比色法・グリセロール消去）検査法コード 271

結果解釈コード = "N"

（サンプル中の基準値やデータ、コードはあくまでXML形式をサンプルとして示すためであり、ここに記述されている値そのものをそのまま使用してはいけない）

```

<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="3F015000002327101" />
  <value xsi:type="PQ" value="100" unit="mg/dL" />
  <interpretationCode code="N" />
  <methodCode code="271" codeSystem="1.2.392.200119.6.1007" />
  <referenceRange>
    <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
      <value xsi:type="IVL_PQ">
        <low value="50" unit="mg/dL" />
        <high value="150" unit="mg/dL" />
      </value>
    </observationRange>
  </referenceRange>
</observation>
</entry>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

【サンプル - 2】「易疲労感の訴えあり」という理由で医師の判断により貧血検査セットとして、血色素量と赤血球数が実施された場合のサンプルを示す。一連検査グループの記述例である。

検査項目：血色素量 項目コード = "2A030000001930101" 測定値 = 15.0 mg/dl
 基準値：下限 12.5 上限 15.9 結果解釈コード = "N"

検査項目：赤血球数 項目コード = "2A020000001930101" 測定値 = 500 万/mm³
 基準値：下限 427 上限 570 結果解釈コード = "N"

検査理由：項目コード = "2A020000001930149" 易疲労感の訴えあり ST型（文字列型）
 （サンプル中の基準値やデータ、コードはあくまでXML形式をサンプルとして示すためであり、ここに記述されている値そのものをそのまま使用してはいけない）

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

```

<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code nullFlavor="NA" />
    <!-- 血色素量 -->
    <entryRelationship typeCode="COMP">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
        <code code="2A030000001930101" />
        <value xsi:type="PQ" value="15.0" unit="g/dL" />
        <interpretationCode code="N" />
        <referenceRange>
          <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
            <value xsi:type="IVL_PQ">
              <low value="12.5" unit="g/dL" />
              <high value="15.9" unit="g/dL" />
            </value>
          </observationRange>
        </referenceRange>
      </observation>
    </entryRelationship>

    <!-- 赤血球数 -->
    <entryRelationship typeCode="COMP">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
        <code code="2A020000001930101" />
        <value xsi:type="PQ" value="500" unit="10*4/mm3" />
        <interpretationCode code="N" />
        <referenceRange>
          <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
            <value xsi:type="IVL_PQ">
              <low value="427" unit="10*4/mm3" />
              <high value="570" unit="10*4/mm3" />
            </value>
          </observationRange>
        </referenceRange>
      </observation>
    </entryRelationship>

    <!-- 貧血検査実施理由 -->
    <entryRelationship typeCode="RSON">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code code="2A020000001930159" />
        <value xsi:type="ST">易疲労感の訴えあり</value>
      </observation>
    </entryRelationship>
  </observation>
</entry>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.3.2.3.3 入力範囲を超えた場合の測定値の記述

測定値が項目毎に指定された入力最大値・最小値の範囲を超えた場合、測定値は実測値ではなく「H」（以上）または「L」（以下）を示すコード値として表現する。

表 19 検査結果セクションエントリ部パターン XML仕様（入力範囲を超えた場合の測定値の指定）

No	XPath	説明	多重度	選択性
11.8 (再掲)	/ClinicalDocument/component/section/entry/observation		1..1	M
11.10 (再掲)	value	測定値が入力範囲を超えた場合の測定結果の記述。未実施の場合は出現しない。	0..1	O
11.10.1 (再掲)	@xsi:type	コード型を表す「CD」を設定。	1..1	M
11.10.5 (再掲)	@code	HL7 ポキャブラリドメイン Observation Interpretation より、入力範囲の上限以上の場合は「H」、入力範囲の下限以下の場合は「L」を設定。	0..1	O
11.10.6 (再掲)	@codeSystem	HL7 ポキャブラリドメイン ObservationInterpretation を示す「2.16.840.1.113883.5.83」を設定。	0..1	O
11.10.7 (再掲)	@codeSystemName	「ObservationInterpretation」を設定。	0..1	O
11.10.8 (再掲)	@displayName	入力範囲の上限以上の場合は「以上」、入力範囲の下限以下の場合は「以下」という文字列を設定。	0..1	O

補足情報：ここで記載されている入力範囲の下限、上限とは、厚労省確定版 p 6 1 別紙 8 - 2 に記載されている「入力最小値」「入力最大値」のことである。

サンプルを下に示す。

```
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="3F015000002327101" />
  <value xsi:type="CD" code="H" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.83"
    displayName="以上" />
</observation>
</entry>
```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.3.2.3.4 検査結果セクションエントリ部パターン

検査結果が定性値もしくは半定量値で表現される項目であり、本仕様とは別に公開される「特定健診項目コード表」のXMLパターンが2である項目が該当する。
XML仕様は、表 17 および表 18 に記載されている。
検査結果セクションパターン の entry 要素のサンプルを以下に示す。

【サンプル - 1】

検査項目：眼底検査（キースワグナー分類）表示名 = "眼底検査KW分類"
測定値：分類 I （コード値 = 2）
データ型：CO
眼底検査（キースワグナー分類）コード表のOID=1.2.392.200199.6.2110
サンプル中の基準値やデータ、コードはあくまでXML形式をサンプルとして示すためであり、ここに記述されている値そのものをそのまま使用してはいけない

```
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
    <code code="9E101000000000011" displayName="眼底検査KW分類"/>
    <value xsi:type="CO" code="2" codeSystem="1.2.392.200199.6.2110"
      displayName="I"/>
  </observation>
</entry>
```

【サンプル - 2】

検査項目：他覚症状所見 表示名 = "他覚所見"
結果値："胸部くも状血管あり"
データ型：ST
サンプル中の基準値やデータ、コードはあくまでXML形式をサンプルとして示すためであり、ここに記述されている値そのものをそのまま使用してはいけない

```
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
    <code code="9N611000000000049" displayName="他覚所見"/>
    <value xsi:type="ST">胸部くも状血管あり</value>
  </observation>
</entry>
```

【サンプル - 3】

検査項目：医師の判断（運動指導必要）および、判断した医師名（田中太郎）
サンプル中の基準値やデータ、コードはあくまでXML形式をサンプルとして示すためであり、ここに記述されている値そのものをそのまま使用してはいけない

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

```

<entry>
  <!-- 医師の判断・判断した医師の氏名 -->
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="9N541000000000049"/>
    <value xsi:type="ST">運動指導必要</value>
    <author>
      <time nullFlavor="NI"/>
      <assignedAuthor>
        <id nullFlavor="NI"/>
        <assignedPerson>
          <name>田中太郎</name>
        </assignedPerson>
      </assignedAuthor>
    </author>
  </observation>
</entry>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

3.3.2.3.5 未実施および測定不可能項目の表現

検査結果セクションパターン、及びパターン の両方の場合において、ある検査項目が、未実施である場合は、**observation** 要素の **negationInd** 属性を「true」に指定することで表現する。このとき、**observation** 要素の子要素には、**code** 要素のみを含む。未実施とは、検査予定であり検査しようとしたが検体を採取できない場合、あるいは検査予定であったが受診者の事情により検査を行うことが適切でないと検査時点で考えられた場合などである。最初から検査する予定がなかった場合には、entry 自体を削除し出力すべきではない。

サンプル中の基準値やデータ、コードはあくまでXML形式をサンプルとして示すためであり、ここに記述されている値そのものをそのまま使用してはいけない

```
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="true">
    <code code="3F015000002327101" displayName="中性脂肪"/>
  </observation>
</entry>
```

ある検査項目が、測定不可能であった場合は、**value** 要素の **nullFlavor** 属性に、データが存在しないことを意味する「NI」値を指定する。このとき **value** 要素には、**nullFlavor** 属性を除いて、**xsi:type** 属性のみを指定する。基準値や検査手法コードは、通常の項目と同様に指定するが、結果解釈値は出現しない。ただし、基準値や検査手法コードは、任意要素であるから省略してもよい。以下に測定不可能項目の2つの例を示す。

測定不能とは、健診機関としては検体を採取して検査室に検査をさせたが、検体のなんらかの理由（凝固、量が不足、適切な検体補助剤が入られていないなど）、検査機器のトラブル、検体搬送時の事故等により検査ができなかった場合、あるいは検査装置の測定限界を超えた異常な値を呈したために検査ができなかった場合、生理中であり尿検査ができなかった場合などが該当する。

サンプル中の基準値やデータ、コードはあくまでXML形式をサンプルとして示すためであり、ここに記述されている値そのものをそのまま使用してはいけない

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル(支払基金への実績報告用)仕様説明書	

基準値や検査手法コードを記述した例

```

<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
    <code code="3F015000002327101" displayName="中性脂肪" />
    <value xsi:type="PQ" nullFlavor="NI" />
    <methodCode code="271" codeSystem="1.2.392.200119.6.1007" />
    <referenceRange>
      <observationRange>
        <value xsi:type="IVL_PQ">
          <low value="30" unit="mg/dL"/>
          <high value="188" unit="mg/dL" />
        </value>
      </observationRange>
    </referenceRange>
  </observation>
</entry>

```

基準値や検査手法コードを省略した例

```

<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
    <code code="3F015000002327101" displayName="中性脂肪" />
    <value xsi:type="PQ" nullFlavor="NI" />
  </observation>
</entry>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

4. ボキャブラリ仕様

本節では、健診データメッセージ仕様で使用するコード値を定義するボキャブラリドメインについて述べる。

4.1 例外値

例外値（ヌル値・不明値・欠損値）が送信される場合に、適切な値が送られない理由を識別するコード。本仕様では、HL7 ボキャブラリドメイン NullFlavor から、以下の値のみを使用する。

コード体系名： NullFlavor

コード体系 OID： 2.16.840.1.11383.5.1008

コード	表示名	説明
NI	no information	もっとも一般的な例外値。情報が存在しない。
UNK	unknown	適切な値が利用可能であるが不明。

4.2 性別コード

患者の（管理上の）性別コード。特定健診別表 4：男女区分コードから、以下の値を使用する。

コード体系名： 男女区分コード

コード体系 OID： 1.2.392.200119.6.1104

コード	表示名	説明
1	男	男性。
2	女	女性。

4.3 単位コード

単位コード。本メッセージ規格で使用するコードのみを表に示す。詳細は <http://aurora.rg.iupui.edu/~shadow/units/UCUM/> を参照のこと。

コード体系名： UCUM

コード体系 OID： 2.16.840.1.11383.6.8

コード	一般的な単位表記	説明
kg	kg	kilo gram
cm	cm	centi meter
kg/m2	kg/m ²	kilo gram per square meter
mm[Hg]	mmHg	milli meter of mercury column
mg/dL	mg/dl	milli gram per deci liter
g/dL	g/dl	gram per deci liter
[iU]/L	IU/l 37°C	international unit per liter
U/L	U/l	Unit per liter
10*4/mm3	万/mm ³	ten thousands per cubic milli meter
kcal	kcal	kilo calories
%	%	percent
mo	月	month
min	分	minute

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

4.4 守秘レベルコード

健診データの守秘レベルを示すコード。HL7 ボキャブラリドメイン Confidentiality で定義された値から、以下の値のみを使用する。

コード体系名： Confidentiality
コード体系 OID： 2.16.840.1.113883.5.25
値集合名： x_BasicConfidentialityKind

コード	表示名	説明
N	normal	通常の守秘規則が適用される。合法的な医療もしくは事務処理において必要性を持つ認証された人のみがアクセスできる。

4.5 検査値解釈コード

検査値解釈コード。本仕様では、入力基準値が設定されている健診項目についてその解釈を示すために使用する。HL7 ボキャブラリドメイン ObservationInterpretation で定義された値から、以下の値のみを使用する。

コード体系名： ObservationInterpretation
コード体系 OID： 2.16.840.1.113883.5.83

コード	表示名	説明
H	以上	基準値の最大閾値より高い。入力閾値より高い場合にも使用する。
L	以下	基準値の最小閾値より低い。入力閾値より低い場合にも使用する。

4.6 行為種別コード

行為の種別を示すコード。HL7 ボキャブラリドメイン ActClass より、以下の値のみを使用。

コード体系名： ActClass
コード体系 OID： 2.16.840.1.113883.5.6

コード	表示名	説明
OBS	observation	行為の中で観察行為を表す。
ACT	Action	意図された行為の実施を表す。

4.7 行為ムードコード

行為のムード（法）を識別するコード。HL7 ボキャブラリドメイン ActMood より、以下の値のみを使用。

コード体系名： ActMood
コード体系 OID： 2.16.840.1.113883.5.1001

コード	表示名	説明
EVN	event	行為の結果を表す。
EVN.CRT	event criterion	規準や条件を表す。
INT	intent	行為の計画を表す。
GOL	Gole	行為の目標を表す。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

4.8 行為間関係種別コード

行為間の関係を識別するコード。HL7 ボキャブラリドメイン ActRelationshipType より以下の値のみを使用。

コード体系名： ActRelationshipType
 コード体系 OID： 2.16.840.1.113883.5.1002

コード	表示名	説明
REFR	-	行為間関係のうち、参照関係を表す。
COMP	-	包含関係を表す。
RSON	-	理由関係を表す。

4.9 参加者種別コード

行為への参加者の種別を識別するコード。HL7 ボキャブラリドメイン ParticipationType より以下の値のみを使用。

コード体系名： ParticipationType
 コード体系 OID： 2.16.840.1.113883.5.128

コード	表示名	説明
HLD	holder	契約などの保持者を示す。

4.10 役割種別コード

役割種別コード。HL7 ボキャブラリドメイン RoleClass より以下の値のみを使用。

コード体系名： RoleClass
 コード体系 OID： 2.16.840.1.113883.5.110

コード	表示名	説明
POLHOLD	-	健康保険契約の保持者(非保険者)であることを示す。

ここにあげたコード表以外に、特定健診情報サイトより別途提供されるコード表情報をあわせて参照すること。

特定健診情報サイト： <http://tokuteikenshin.jp>

5. OID 表

本文中で記載されている各種コードのコード体系コード（OID）は、別表 OID 一覧表を参照すること。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

6. 「保険者が健診機関から受領するファイル」を保険者が加工して本仕様に準拠させるのに必要な加工箇所の例

この例はあくまで理解を助けるために提示するものであり、万一、ここでの例と本仕様説明書およびXMLスキーマとに相違がある場合には、後者を優先するものとする。

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<!-- 2008.05.10 項目を充実して新しいサンプルを作成 -->
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 ../XSD/hc08_V08.xsd">
  <!-- ヘッド情報記述部 -->
  <!--CDAのデフォルト-->
  <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040" />
  <id nullFlavor="NI" />
  <!--報告区分コード -->
  <code code="10" codeSystem="1.2.392.200119.6.1001" />
  <!--文書発行日（西暦）-->
  <effectiveTime value="20080510" />  保険者が本ファイルを作成した日付に上書き設定
  <confidentialityCode code="N" />
  <!--受診者情報-->
  <recordTarget>
    <patientRole>
      <!-- 保険者番号 -->
      <id extension="12000001" root="1.2.392.200119.6.101" />
      <!-- 被保険者証等記号 -->
      <id extension="あああ" root="1.2.392.200119.6.204" />
      <!-- 被保険者証等番号 -->
      <id extension="103" root="1.2.392.200119.6.205" />
      <id extension="123....." root="1.2.392.200119.6.202" />  整理用番号1（実際は64桁） 追加
      <id extension="987....." root="1.2.392.200119.6.203" />  整理用番号2（実際は64桁） 追加
    <!--受診者 -->
    <addr>
      <postalCode>113-8655</postalCode>東京都文京区本郷7-3-1</addr>
    <patient>
      <name>タチカハズコ</name>
      <!-- 性別 -->
      <administrativeGenderCode code="2" codeSystem="1.2.392.200119.6.1104" />
      <!-- 生年月日 -->
      <birthTime value="19600203" />
    </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>
<!--Author -->
<author>
  <!-- 作成日 -->
  <time value="20080510" />  保険者が本ファイルを作成した日付に上書き設定
  <assignedAuthor>
    <id nullFlavor="NI" />
    <representedOrganization>
      <!--作成機関のID番号-->

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

```

<id extension="1323456789" root="1.2.392.200119.6.102" />
<!-- 作成機関名 -->
<name>東京健診センター</name>
<telecom value="tel:0312341234" />
<addr>
  <postalCode>112-1111</postalCode>東京都港区みなと1-1-2</addr>
</representedOrganization>
</assignedAuthor>
</author>
<custodian>
  <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
      <id nullFlavor="NI" />
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>
<participant typeCode="HLD">
  <!-- 受診券 -->
  <functionCode code="1" codeSystem="1.2.392.200119.6.208" />
  <time>
    <!-- 有効期限 -->
    <high value="20090331" />
  </time>
  <associatedEntity classCode="IDENT">
    <!-- 番号 -->
    <id extension="10111293841" root="1.2.392.200119.6.209.112000001" />
    <!-- 保険者情報 -->
    <scopingOrganization>
      <!-- 保険者番号 -->
      <id extension="12000001" root="1.2.392.200119.6.101" />
    </scopingOrganization>
  </associatedEntity>
</participant>
<!-- 健診実施情報 -->
<documentationOf>
  <serviceEvent>
    <!-- プログラム種別コード -->
    <code code="010" codeSystem="1.2.392.200119.6.1002" />
    <!-- 実施日 -->
    <effectiveTime value="20080531" />
    <performer typeCode="PRF">
      <assignedEntity>
        <id nullFlavor="NI" />
        <representedOrganization>
          <!-- 実施機関番号 -->
          <id extension="1323456789" root="1.2.392.200119.6.102" />
          <!-- 実施組織名 -->
          <name>東京健診センター</name>
          <telecom value="tel:0312341234" />
          <addr>
            <postalCode>112-1111</postalCode>東京都港区みなと1-1-2</addr>
          </representedOrganization>
        </assignedEntity>
      </representedOrganization>
    </assignedEntity>
  </serviceEvent>
</documentationOf>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル（支払基金への実績報告用）仕様説明書	

```

</performer>
</serviceEvent>
</documentationOf>
<!-- 結果記述部 -->
<component>
<structuredBody>
<component>
<section>
<code code="01010" codeSystem="1.2.392.200119.6.1010" displayName="特定健診検査・問診セクション" />
<text />
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<code code="9N001000000000001" displayName="身長" />
<value xsi:type="PQ" value="150.0" unit="cm" />
</observation>
</entry>
:
:
</section>
</component>
<component>
<section>
<code code="01990" codeSystem="1.2.392.200119.6.1010" displayName="追加項目セクション" />
<text />
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<code code="3J010000002327101" displayName="総ビリルビン" />
<value xsi:type="PQ" value="0.8" unit="mg/dL" />
:
:
</entry>
</section>
</component>
</structuredBody>
</component>
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 1.0
特定健診情報ファイル(支払基金への実績報告用)仕様説明書	

本説明文書は、H18年度厚生労働科学研究費補助金・循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業(生活習慣病):疾病予防サービスの制度に関する研究班の分担研究班「健診データの整備に関する検討(分担研究者:大江和彦)」により作成されました。

また本説明文書が対象としている特定健診データの標準的電子データ規格は、上記の厚生労働科学研究班のメンバーのほか、下記の厚生労働省「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会/健診分科会/電子的管理WG(座長:大江和彦)」、保健医療福祉情報システム工業会、日本HL7協会有志、およびここに記載していない多くの方々の献身的な貢献により検討された成果に基づいています。

標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会/健診分科会/電子的管理WG

大江和彦 東京大学大学院医学系研究科
 奥 真也 東京大学医学部
 窪寺 健 (株)NTTデータ
 小林祐一 HOYAグループ総括産業医
 酒巻哲夫 群馬大学医学部
 松田晋哉 産業医科大学
 吉田勝美 聖マリアンナ医科大学
 渡辺清明 国際医療福祉大学

保健医療福祉情報システム工業会・HL7協会

大島 義光 (株)日立製作所
 大林 正晴 (株)管理工学研究所
 香川 正幸 富士通(株)
 小西 由貴範 (株)ケーアイエス
 田中 教子 (株)ケーアイエス
 平井 正明 日本光電工業(株)
 橋本 大輔 (株)テクノロジックアート
 村上 英 東芝住電医療情報システムズ(株)

その他大学関係等

新田見 有紀 東京大学医学部附属病院
 星本 弘之 東京大学医学部附属病院
 山本 隆一 東京大学大学院情報学環