

特定健診・特定保健指導の電子的なデータ標準様式

3-1A 特定健診情報ファイル (健診・保健指導機関等→医療保険者) 仕様説明書 Version 4

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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
2.2	記載内容の優先度	2
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	HL 7 C D A 規格との関係	4
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	C D A 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	16
3.2.3.3	ファイル作成管理責任機関情報	19
3.2.3.4	受診券情報と保険者情報	20
3.2.3.5	健診実施情報	22
3.3	ボディ部	26
3.3.1	健診報告区分と C D A セクションの関係	30
3.3.2	特定健診検査・問診セクション	34
3.3.2.1	セクション部仕様	34
3.3.2.2	テキスト部（説明ブロック）仕様	36
3.3.2.3	エントリ部仕様	38
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①	38
3.3.2.3.2	一連検査グループの考え方	38
3.3.2.3.3	測定値が入力許容範囲外の場合の測定値の記述	50
3.3.2.3.4	検査結果セクションエントリ部パターン②	52
3.3.2.3.5	未実施および測定不可能項目の表現	54
3.3.2.3.6	情報提供の方法および初回面接実施について	55
4.	ボキャブラリ仕様	56
4.1	例外値	56
4.2	性別コード	56
4.3	単位コード	56
4.4	守秘レベルコード	57
4.5	検査値解釈コード	57
4.6	行為種別コード	57
4.7	行為ムードコード	57
4.8	行為間関係種別コード	58
4.9	参加者種別コード	58
4.10	役割種別コード	58
4.11	資格区分コード	58

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

修正履歴

2008.04.03 V1.27 より以後の修正履歴

日付	版	修正内容
2008. 04. 03	v1. 27 2009. 04. 03	V1. 279 を V1. 27 として厚労省通知と連携して公表。内容修正なし
2012. 10. 10	V2 2012. 10. 10	■XML仕様上に関する修正 本仕様書の適用範囲を追記。 <資格区分の追加> 本仕様変更は、特定健康診査・特定保健指導利用者の被保険者・被扶養者の別を明らかにするために設定するものである。本仕様変更は支払基金への実績報告ファイルのみに適用されるものである。国民健康保険においては一意に定まるため、提出を必須としない。 仕様書上の修正・追加箇所 • 3. 2. 3. 1 受診者情報 • 4. 11 資格区分コード <検査結果値の入力許容範囲外の値の実測値記載> 本仕様変更は、特定健康診査の入力最大値・最小値が定められている項目について、測定値が項目ごとに指定された入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合、測定値は実測値ではなく「H」または「L」を示すコード値として表現すると定められていたが、入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合も実測値を記載することとする。 仕様書上の修正・追加箇所 • 3. 3. 2. 2 テキスト部（説明ブロック）仕様 • 3. 3. 2. 3. 2 一連検査グループの考え方 • 3. 3. 2. 3. 3 測定値が入力許容範囲外の場合の測定値の記述 <プログラムサービスコード付与の運用ルール変更> 健診実施機関においてプログラムサービスコードに格納すべきコードを委託契約締結時に保険者が指定したコードを格納することとする。また、保険者でプログラムサービスコードの確認を実施し、誤ったコードが設定されていると判断した場合は、保険者においてプログラムサービスコードを適切な値に更新してもよいこととする。 仕様書上の修正・追加箇所

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		• 3.2.3.5 健診実施情報 ■XML仕様上に関係のない修正 ※累積された誤記指摘を修正。 ※仕様上の曖昧さを解消するため、および理解を助けるための説明、参考資料を追加。 1.1 不要な説明を削除。 2.1 説明を適正化。説明を補足。 2.2 説明を補足。 2.3.2 説明を補足。 2.3.3 説明を補足。 3.2.1 既公表済みの正誤表を反映（スキーマファイル名等）、説明を補足。 3.2.3 同上、および健診情報に関係のない記載を削除。 表4 厚労省資料の名称を適正化。 表4 6.3.2健診情報整理番号2を公式に使うことになった場合に使用すべきOIDの誤記を修正。 表4 6.5～6.10 全角半角の使用方法の記述の曖昧さを排除。 表6 最大バイト数などの記載を補足。 表11 10.2.1 説明を補足。 表12 これまで開発者向け補足資料として公開されていたものに記載されていた説明をここに追加。 3.3.1 表に説明を補足。同表のあとの補足説明を追加。 表16 表外に注を明記。 3.3.2.3.2 表の欄外の説明を補足。 表17 (4)の説明を補足。 3.3.2.3.4 サンプル②－3の欄外に注を追加。 3.3.2.3.5 尿検査ができない場合に測定不可能を用いることができることを明示。また、測定不可能と未実施の違いについて説明を追加。 ※ 参考資料として、XMLサンプルを追加。 ※ 表8以降の既公表済みの正誤表の反映。
2017.03.31	V3	■XML仕様上に関係する修正 • 3.2.3.1 受診者情報の表4の健診情報整理番号1, 2の説明を修正、健診情報整理番号3, 4, 5を追加 • 3.2.3.4 受診券情報と保険者情報にセット券の説明を追加 • 仕様書中の生活機能評価における記載を削除 • 4.3 単位コードに「mL/min/{1.73_m2}」「mg/L」「mg/g*CR」「mg/day」を追加 • 3.3.2.3.2 一連検査グループの表に「心電図検査（対象者）」「眼底検査（対象者）」「血清クレアチニン」「eGFR」「血清クレアチニン（対象者）」「血清クレアチニン（実施理由）」を追加

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		・3.3.2.3.6 情報提供の方法および初回面接実施についてを追加 ■XML 仕様上に関係のない修正 ・バージョンを「2」から「3」に修正 ・その他既存誤記及び見栄え修正
2020. 03. 31	V3. 1	<本仕様の適用範囲> オンライン資格確認等システムを活用した特定健診情報等の保険者間引継ぎ実施に伴い、加入者を特定するための被保険者証等枝番の項目追加に伴う変更内容を反映させた。 ■XML仕様上に関係する修正 <被保険者証等枝番の追加に伴う修正> 3.2.3.1受診者情報 ・表3 項目一覧に該当項目追加 ・表4 XML仕様に該当項目の説明追加 ・XML サンプルに該当要素の記述追加 ■XML 仕様上に関係のない修正 <既存の誤記修正> ・表4 XML仕様のXML要素の網掛追加(patientRole/id) ・表9 XML仕様の多重度度修正(9.4 time/high) ・その他既存誤記及び見栄え修正
2023. 03. 31	V4	■XML仕様上に関係する修正 ・中性脂肪が空腹時中性脂肪(トリグリセリド)と随時中性脂肪(トリグリセリド)に分かれたことによる、文言およびサンプルの記載修正 ・表 17(11) (13) 検査値、検査基準値の型桁について「XML 用特定健診項目情報」の「数値型の場合の形式」に従うことを明記 ・「3.3.2.3.6 情報提供の方法および初回面接実施について」の初回面接実施に1週間後まで許容する記載追加。 ・「3.3.2.3.6 情報提供の方法および初回面接実施について」にて、「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」の内容と重複する記載を削除 ■XML 仕様上に関係のない修正 ・本仕様書のファイル名を変更 ・バージョンを「3.1」から「4」に修正 ・2.1 本文書の位置付け等の厚労省通知との対応関係に係る記載を削除 ・各種サンプルの日付変更 ・その他既存誤記及び見栄え修正

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

本仕様書の適用範囲

本仕様説明書（Version4）は、令和 6 年度分の法定報告（令和 7 年 11 月 1 日までに実施する法定報告）に係る特定健診情報ファイルから適用される。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

特定健診情報ファイル仕様説明書

1. はじめに

1.1 目的

本文書の目的は、2008 年度から実施している特定健診の健診結果情報を、健診機関が医療保険者または代行機関に対して電子的に提出（報告）する際に使用する、電子的なデータ標準様式の定義について詳細に説明することである。

健診機関は、本仕様に準拠したデータを作成し、提出を行わねばならない。

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改定版	※	「標準的な健診・保健指導プログラム」
厚生労働省 特定健診プログラム手引書	※	「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」
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 規格をベースとして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/seikyushiharai/rezept/iryokikan/iryokikan_02.files/jiki_i01.pdf

※厚生労働省 HP 「特定健診・特定保健指導について」

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>) に公表されている最新版を参照すること。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

2. 概要

2.1 本文書の位置付け

本文書は、2008 年度から実施されている特定健診の健診結果情報を、健診機関が保険者または代行機関に対して電子的に提出（報告）する際に使用する、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。

2.2 記載内容の優先度

この文書の記載内容と最新の厚生労働省通知の記述に相違がある場合には、最新の厚生労働省通知 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000165280.html>) の記述を優先するものとする。本文書と対をなして公表されている XML スキーマファイルでは、XML 要素や属性の出現多重度や選択性について、本文書での記載よりも緩い記述（制約条件が広い記述）になっていることがある。このような場合には、本文書に記載されている記述が優先するものとする。たとえば XML スキーマでは 1 回以上何度出現してもよいとなっている要素について、本文書では 1 回だけ必ず出現するものと記載しているケースでは、本文書に従うものとし、当該要素は 1 回だけ必ず出現しなければならない。同様にたとえば XML スキーマでは出現してもしなくてもよい（出現がオプション）とされている属性や要素について、本文書では出現してもよいことが明示的に記載されていないケースでは、本文書に従うものとし、当該属性や当該要素は出現してはならない。

¹ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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

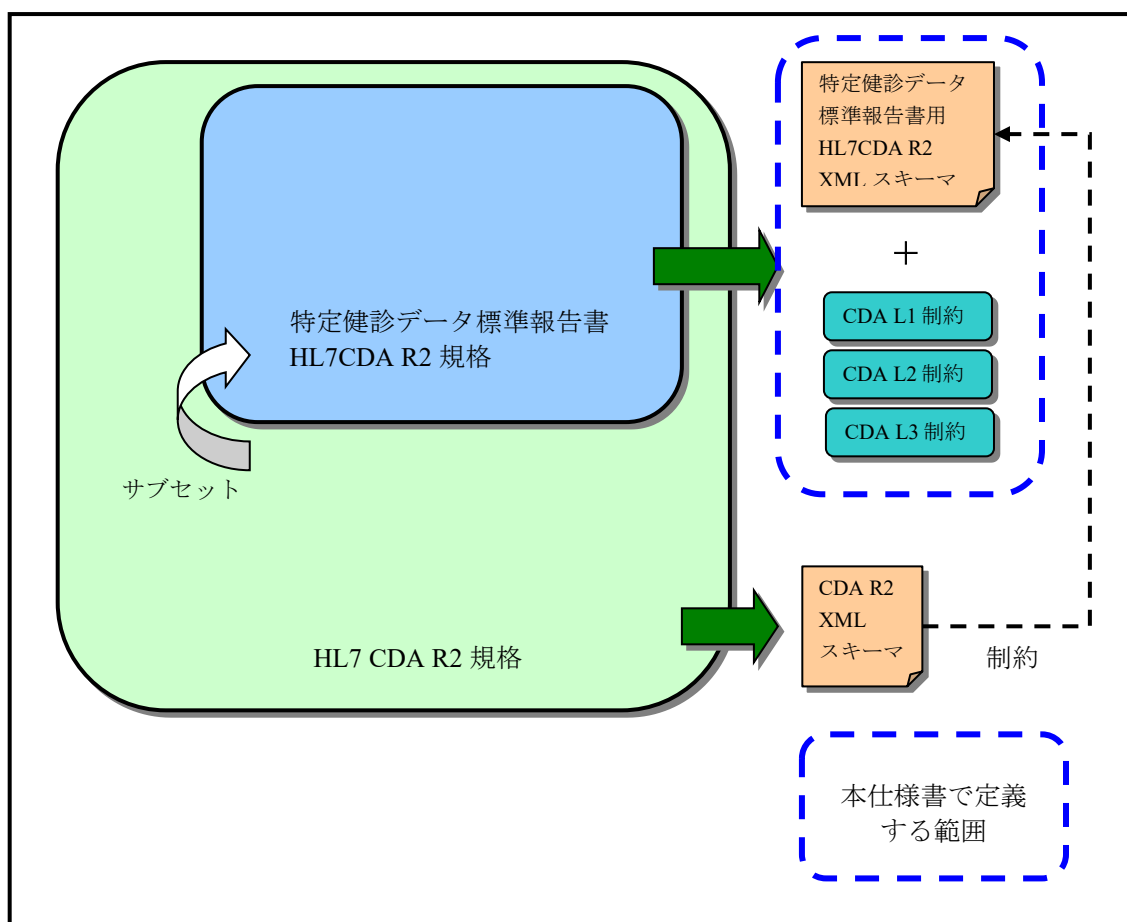
本標準フォーマットは、2008 年度から実施されている特定健診の結果情報を格納することを目的としている。保険者もしくは健診機関の独自方針により、特定健診の基本項目や医師の判断により追加される項目以外に、それらに加えて追加で実施されるオプションの健診項目についても、その検査結果をできるだけ格納できるように設計されている。しかし、それらの追加項目のあらゆる結果データを任意の希望する形式で格納できるようにすることまでは配慮していないので、データ形式によっては格納できない場合もある。たとえば上部消化管内視鏡検査が追加で実施された場合に、その所見の有無やコメント文は格納することが可能であるが、内視鏡画像データそのものを格納することは想定していない。

さらに本標準フォーマットは、前述したように特定健診の結果情報を健診機関から保険者に提出するケースを目的としている。しかし、労働安全衛生法にもとづいて実施された健診結果の全項目を格納することも可能となるように設計されているので、そのような健診結果を送信する目的で使用することもできる。また、その他の各種健診事業のほとんどに対応できるようにしている。そのような場合の利用方法について 3.3.1 節で解説している。ただしこの場合でも、前述した内視鏡画像データを格納できないのと同様に、あらゆる結果データを任意の希望する形式で格納することができるよう配慮されているわけではない。また、このようなあらゆる健診検査項目の結果を任意のデータ形式で格納し提出する利用方法は、本解説書のカバーする範囲ではない。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

2.3.3 HL7 CDA 規格との関係

本標準フォーマットは、HL7 CDA 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、HL7 CDA 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。



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。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

本仕様書では、XML タグ仕様を以下のような表形式で示す。ここで掲げる表と図は XML タグ仕様の読み方を示すために記載した架空のものであり、本仕様とは無関係のものとして見る必要がある。

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	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..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。	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。	1..1	M

「XPath」の列に示される”/ClinicalDocument”から開始される文字列は、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。

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

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。

最小多重度が 0 である項目は、その要素または属性が存在しない場合があることを示す。もし記述すべき値がない（または記述すべき値が空文字列）場合には、その要素自体または属性自体を省略しなければならない。要素または属性を出現させて値は空文字列にすることは許可されない。

「選択性（オプショナリティ）」は、M（Mandatory）または O（Optional）または×（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、その要素または属性は必ず 1 個以上出現し、かつ空文字列でない値が必ず格納されなければならない。

O はオプショナル項目（任意出現項目）であり、記述すべき値が存在しない場合やある条件下で

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

は、省略する項目である。また、記述すべき値がない（または記述すべき値が空文字列）場合には、その要素自体または属性自体を省略しなければならない。要素または属性を出現させて値は空文字列にすることは許可されない。M が指定されている要素の多重度の最小値は必ず 1 以上となる。

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な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。

説明文中に最大バイト数の記載がある場合には、特に条件記載がない限り半角文字を 1 バイト、全角文字（シフト J I S 系文字における 2 バイト文字）を 2 バイトに換算した場合の文字列バイト長を指すものとする。

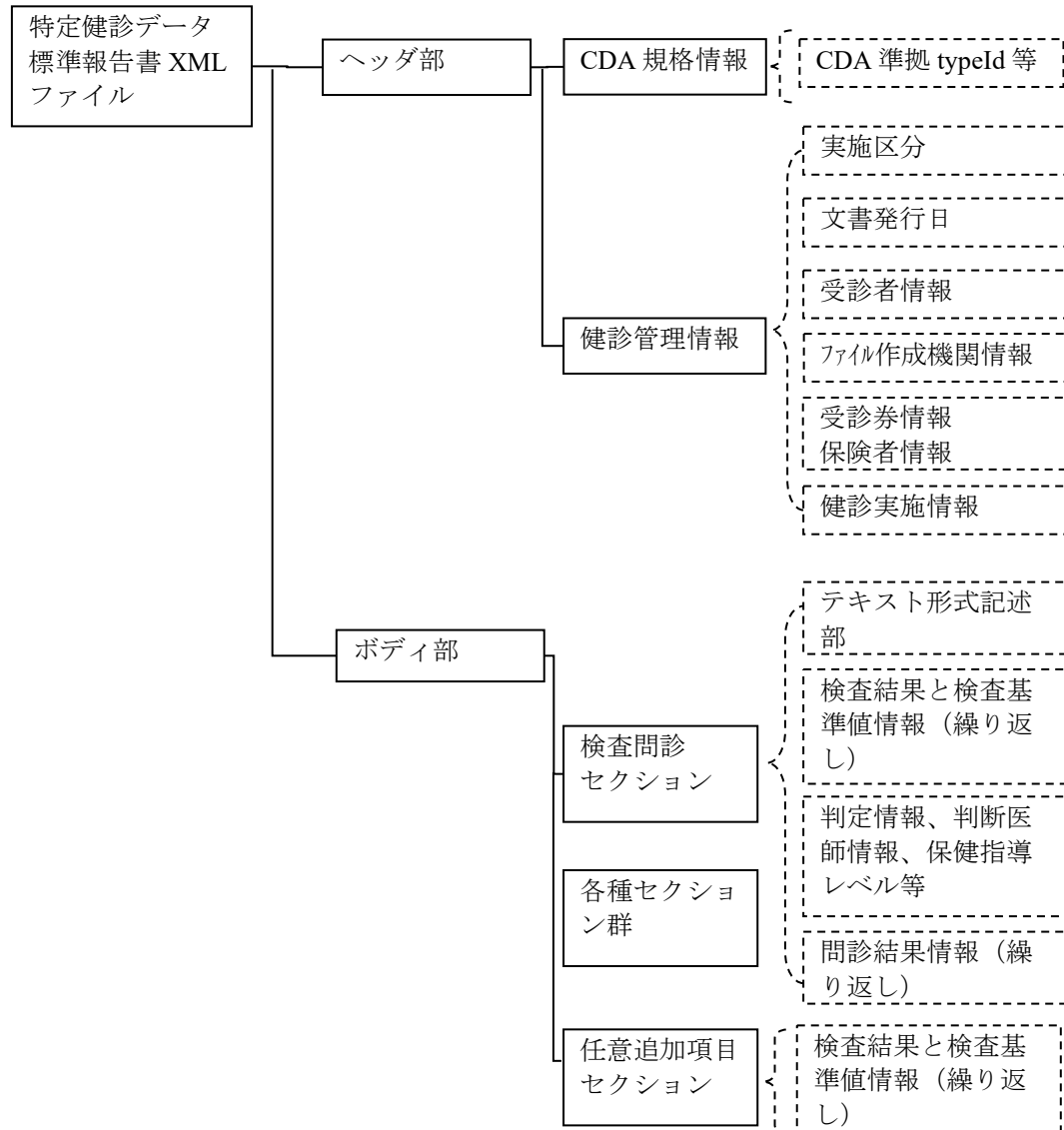
（本仕様の XML ドキュメントにおいて使用する UTF-8 文字コードは、全角 1 文字を 3 バイトまたは 4 バイトで記録するものである。そのため、本仕様の説明文中において文字の桁数を表すために記述されたバイト数と、XML ドキュメントで文字の記録に要するバイト数は一致しない点に留意されたい。）

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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、作成者情報すなわち健診機関情報、記録対象者（受診者）情報、受診券情報や保険者情報、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。

健診結果は、原則として法令等で定められた項目群の情報を格納するセクションと、実施関係者同士で任意に追加された項目群の情報を格納するセクションに分けて格納される。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

3.2 ヘッド部

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に大きな変更が加わる場合にはそれに伴って変更される可能性がある。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で、冒頭の数バイトをプログラムで **BOM** を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。

補足説明 3：スキーマファイル名の version 番号部分は **V08** で統一する。下記の例で示すように、**hc08_V08.xsd** とするものとする。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を下図のように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。

なお、オペレーティングシステムによる違いの影響を排除するため、スキーマファイル名、その相対パス名の英大文字小文字の違いを意識するものとし、以下の通りとする。

スキーマファイル名を含む相対パス名： **../XSD/hc08_V08.xsd**

注：ピリオド 2 個で始まっていることから分かるように、スキーマファイルが格納されるフォルダ **XSD** は、本 XML ファイルが格納されるフォルダ（ディレクトリ）の兄弟フォルダである。

```
<?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

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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。

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。

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 10: 特定健診情報 40: 健診結果を特定健診結果報告以外の報告として送付する場合。受信側がこの報告区分コードでの報告を受け取れることが確認できている場合にのみ使用できる。 送信側が XML ファイルを作成する時には、実施区分コード(通知別表 3) 1 桁をこの報告区分の 10 の位に設定し、報告区分コードの 1 の位にはゼロを設定するものとする。 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、それを通知別表 3 の実施区分 1 桁として取得し使用すること。	1 桁目 (10 の位) は通知別表 3 実施区分コード	1..1	M
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。存在しなくてもよい。		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		1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		日。			
4.1	@value	「YYYYMMDD」。		1..1	M
5	confidentialityCode	守秘レベルコード。HL7 ボ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。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い。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健診機関の情報（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および所属する保険者に関する情報。被保険者番号に関する情報はここではなく、recordTarget に記述される。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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

```

<?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_HD00040" />
  <id nullFlavor="NI"/>
  <!-- 報告区分 10=特定健診情報の報告-->
  <code code="10" codeSystem="1.2.392.200119.6.1001" />
  <!-- 文書発行日（西暦） -->
  <effectiveTime value="20241001" />
  <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 typeCode="HLD">...</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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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。

表 3 受診者情報に含まれる項目

項目名	XML 仕様 No	XPath
保険者番号	6.8.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@extension
被保険者証等記号	6.9.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@extension
被保険者証等番号	6.10.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@extension
被保険者証等枝番	6.11.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id/@extension
受診者の郵便番号	6.13.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr/postalCode/text()
受診者の住所	6.12.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/addr/text()
受診者の氏名	6.15.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/text()
受診者の性別	6.16.1	/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/administrativeGenderCode/@code
受診者の生年月日	6.17.1	/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。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	0..0	×
6.2.1	@extension	「整理用番号 1」に対応する文字列。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.2.2	@root	整理用番号 1 の OID。「1.2.392.200119.6.202」を設定。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.3	patientRole/id	整理用番号 2。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	0..0	×
6.3.1	@extension	「整理用番号 2」に対応する文字列。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.3.2	@root	整理用番号 2 の OID。「1.2.392.200119.6.203」を設定。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.4	patientRole/id	整理用番号 3。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	0..0	×
6.4.1	@extension	「整理用番号 3」に対応する文字列。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.4.2	@root	整理用番号 3 の OID。「1.2.392.200119.6.900」を設定。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		診機関からの出力データには出現させない。		
6.5	patientRole/id	整理用番号4。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	0..0	×
6.5.1	@extension	「整理用番号4」に対応する文字列。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.5.2	@root	整理用番号4の OID。 「1.2.392.200119.6.18010」を設定。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.6	patientRole/id	整理用番号5。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	0..0	×
6.6.1	@extension	「整理用番号5」に対応する文字列。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.6.2	@root	整理用番号5の OID。 「1.2.392.200119.6.18020」を設定。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.7	patientRole/id	整理用番号5のチェックコード。健診機関からの出力データには出現させない。	0	×
6.7.1	@extension	「整理用番号5のチェックコード」の値。整理用番号 5 付番時の状況を表すコード。健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.7.2	@root	整理用番号5チェックコードの OID。 「1.2.392.200119.6.21010」を設定。健診機関からの出力データには出現させない。	1..1	M
6.8	patientRole/id	資格区分 保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現させない。 資格は、特定健康診査においては受診日時点、特定保健指導においては初回面談実施日時点を基準とする。	0..0	×
6.8.1	@extension	「資格区分」文字列。数字1桁固定長とする。	1..1	M
6.8.2	@root	資格区分の OID。「1.2.392.200119.6.206」を設定。	1..1	M
6.9	patientRole/id	保険者番号	1..1	M
6.9.1	@extension	「保険者番号」文字列。数字8桁固定長とする。 8桁に満たない場合には先頭のゼロをつけて8桁とする。	1..1	M
6.9.2	@root	保険者番号の OID。「1.2.392.200119.6.101」を設定。	1..1	M
6.10	patientRole/id	被保険者証等記号 被保険者証等記号が存在しない場合には、本要素は出現させない。 ただし、受信側保険者のシステムによっては「一」の1文字(シフトJISコード 849F、ひらがなで「けいせん」と入力して仮名漢字変換される罫線記号)を設定するものとして本要素を出力する必要がある場合があるので、受信側保険者システムに確認をとること。	0..1	O
6.10.1	@extension	「被保険者証等記号」に対応する文字列。全角だけ	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		からなる文字列または半角だけからなる文字列のどちらかとする。英数字だけの場合には 1 バイト系(半角)文字だけから構成するか、または全角文字だけから構成する。記号または仮名漢字を含む場合には英数字を含めすべて全角文字だけから構成するものとする。なお、いずれの場合にも、全角空白を含めないこととする。 最大 40 バイト。		
6.10.2	@root	被保険者証等記号の OID。「1.2.392.200119.6.204」を設定。	1..1	M
6.11	patientRole/id	被保険者証等番号	1..1	M
6.11.1	@extensionk	「被保険者証等番号」に対応する文字列。全角だけからなる文字列または半角だけからなる文字列のどちらかとする。英数字だけの場合には 1 バイト系(半角)文字だけから構成するか、または全角文字だけから構成する。記号または仮名漢字を含む場合には英数字を含めすべて全角文字だけから構成するものとする。なお、いずれの場合にも、全角空白を含めないこととする。	1..1	M
6.11.2	@root	被保険者証等番号の OID。「1.2.392.200119.6.205」を設定。	1..1	M
6.12	patientRole/id	被保険者証等枝番 被保険者証等枝番が採番されていない、または不明の場合には、本要素は出現させない。	0..1	O
6.12.1	@extension	「被保険者証等枝番」に対応する文字列。数字 2 桁固定とする。	1..1	M
6.12.2	@root	被保険者証等枝番の OID。「1.2.392.200119.6.211」を設定。	1..1	M
6.13	patientRole/addr/	受診者住所情報。	1..1	M
6.13.1	text()	「受診者住所」に対応する受診券裏面に記入された受診者の住所を 2 バイト系だけからなる文字列で記録。郵便番号を含まず、空白を含めない。最大 80 バイト。	1..1	M
6.14	patientRole/addr/postalCode	受診者の郵便番号	1..1	M
6.14.1	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)。8 バイト固定。	1..1	M
6.15	patientRole/patient	受診者個人情報	1..1	M
6.16	patientRole/patient/name	受診者の氏名	1..1	M
6.16.1	text()	「受診者カナ氏名」に対応する全角カタカナ文字列で空白を含まない。姓と名の間にも空白をあけないこと。最大 40 バイト。	1..1	M
6.17	patientRole/patient/administrativeGenderCode	「受診者の性別」コード。	1..1	M
6.17.1	@code	受診者の性別コードのニーモニック。男=「1」、女=「2」。	1..1	M
6.17.2	@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
6.18	patientRole/patient/birthTime	受診者の生年月日。	1..1	M
6.18.1	@value	「受診者の生年月日」。書式は数字半角文字列で「YYYYMMDD」。	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

受診者情報の XML サンプルを以下に示す。

```

<ClinicalDocument>
...
<!--受診者情報 -->
  <recordTarget>
    <patientRole>
      <!-- 保険者番号 -->
      <id extension="12345678" root="1.2.392.200119.6.101" />
      <!-- 被保険者証記号 -->
      <id extension="あいう" root="1.2.392.200119.6.204" />
      <!-- 被保険者証番号 -->
      <id extension="11223344" root="1.2.392.200119.6.205" />
      <!-- 被保険者証枝番 -->
      <id extension="01" root="1.2.392.200119.6.211" />
      <!-- 受診者の郵便番号と住所 -->
      <addr>
        <postalCode>123-0001</postalCode>
        東京都千代田区霞が関1-1-1
      </addr>
    </patient>
    <!-- 氏名カナ -->
    <name>スズキイチロウ</name>
    <!-- 別表4の性別コード：男 -->
    <administrativeGenderCode code="1" codeSystem="1.2.392.200119.6.1104" />
    <!-- 受診者の生年月日（西暦） -->
    <birthTime value="19620924" />
  </patient>
</recordTarget>
...
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

3.2.3.2 ファイル作成機関の情報

特定健診情報ファイルのファイル作成機関であり、特定健診の結果報告の場合すなわち XML 仕様 No.3.1 (/ClinicalDocument/code/@code) が「10」である場合には通常は健診機関でもある。健診を実施した健診機関に関する情報は、author 要素で記述されるのではなく、documentationOf 要素中で記述されることに注意していただきたい。

表 5 に示す項目がこの要素（ファイル作成機関）で表現され、このうちファイル作成機関番号とファイル作成機関名称は必須である。

健診実施機関ではない組織が電子ファイルを作成するような場合には、下記のファイル作成機関に関する情報と、健診実施機関の情報とは異なることになる。

ファイル作成機関に関する情報は、このようなケースに備えて用意されているが、厚労省通知においてはファイル作成機関に関する情報は存在しないため、XML ファイル作成時および受信時には以下のように処理すること。

1) 作成時

ファイル作成機関と健診実施機関が異なる場合で、個別契約などによりファイル作成機関情報を格納することが要請されているような場合にかぎり、ファイル作成機関情報は実際のファイル作成機関についての情報を格納する。

それ以外の場合、すなわちファイル作成機関と健診実施機関が同じである場合や、両者が異なるが特段それを区別してファイル作成機関についての情報を送信する必要がない集合契約による場合もしくは代行機関を通して提出する場合などにおいては、ファイル作成機関情報には健診実施機関情報と同じ機関の情報を格納する。ただしこの場合でもファイル作成機関情報要素全体を省略してしまうことはできない。

2) 受信時

ファイルの受信時には、特別な必要性がない限り、ファイル作成機関情報は無視してよい。健診実施機関情報とは異なる値が格納されているケースがありうるため、健診実施機関情報として取り扱ってはいけない。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

項目名	XML 仕様 No	XPath
ファイル作成機関番号	7.5.1	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/representedOrganization/id/@extension
ファイル作成機関名称	7.6.1	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/representedOrganization/name/text()
ファイル作成機関電話番号	7.7.1	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/representedOrganization/telecom/@value
ファイル作成機関住所	7.8.1	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/representedOrganization/addr/text()
ファイル作成機関郵便番号	7.9.1	/ClinicalDocument/author/assignedAuthor/representedOrganization/addr/postalCode/text()

ファイル作成機関情報の XML 仕様を表 6 に示す。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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。このファイルの実際の作成日。XML 仕様 No.4 の effectiveTime と通常は同一の値であるが、3 月 31 日付けの報告 (effectiveTime) のファイルを、3 月 29 日に作成(本項目)したことを記録したい場合では、両者を異なる値とすることは可能。 受信側で特に利用されることはない。	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	1..1	M
7.5	assignedAuthor/representedOrganization/id	ファイル作成機関の番号	1..1	M
7.5.1	@extension	「ファイル作成機関番号」に対応する文字列。半角数字 10 桁固定。	1..1	M
7.5.2	@root	ファイル作成機関のための OID を設定。 健診機関: 「1.2.392.200119.6.102」	1..1	M
7.6	assignedAuthor/representedOrganization/name	ファイル作成機関の名称。	1..1	M
7.6.1	text()	「ファイル作成機関名称」文字列。	1..1	M
7.7	assignedAuthor/representedOrganization/telecom	ファイル作成機関の連絡先情報。	0..1	O
7.7.1	@value	電話番号。「tel:」で始まる文字列で数字だけとし、ハイフンやカッコなど区切り文字を含まない。 例: “tel:0312345678” 「tel:」の 4 バイトを含めて最大 15 バイト。	1..1	M
7.8	assignedAuthor/representedOrganization/addr	ファイル作成機関の所在地情報。	0..1	O
7.8.1	text()	「ファイル作成機関住所」に対応する住所を全角文字列で記録。郵便番号を含まず、空白を含めない。最大 80 バイト。	1..1	M
7.9	assignedAuthor/representedOrganization/addr/postalCode	ファイル作成機関の所在地郵便番号情報。	0..1	O
7.9.1	text()	「ファイル作成機関郵便番号」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)。8 バイト固定。	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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="20240727" />
  <assignedAuthor>
    <id nullFlavor="NI" />
    <representedOrganization>
      <id extension="1234567890" root="1.2.392.200119.6.102" />
      <name>特定健診センター</name>
      <telecom value="tel:0312345678" />
      <addr>
        <postalCode>112-0000</postalCode>
        東京都千代田区大手町 1 - 2 - 3
      </addr>
    </representedOrganization>
  </assignedAuthor>
</author>
...
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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ていない情報であるが、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。

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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

3.2.3.4 受診券情報と保険者情報

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。表 8 に示す項目が含まれる。なお、保険者番号については、recordTarget (XML 仕様 No: 6) の中で記述される保険者番号と同一でなければならない。万一、値が異なる場合には、recordTarget (XML 仕様 No: 6) の中で記述される保険者番号のほうが正しいものとして処理される。受診券が発行されないケースでは本要素/ClinicalDocument/participant は出現しない。

特定健診当日、または 1 週間以内に特定保健指導の初回面接を実施できるセット券（特定健康診査＋特定保健指導）の場合、受診券の種別番号には「5」が設定される。

表 8 受診券情報と保険者情報へのマッピング項目

項目名	XML 仕様 No	XPath
受診券有効期限	9.4.1	/ClinicalDocument/participant/time/high/@value
受診券整理番号	9.6.1	/ClinicalDocument/participant/associatedEntity/id/@extension
受診券を発行した保険者番号	9.8.1	/ClinicalDocument/participant/associatedEntity/scopingOrganization/id/@extension

受診券情報と保険者情報の XML 仕様を表 9 に示す。

表 9 受診券情報と保険者情報の 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	1..1	M
9.4	time/high	有効期間の終了日すなわち有効期限	0..1	O
9.4.1	@value	「受診券有効期限」、書式は“YYYYMMDD”。	1..1	M
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。(通知別表5参照)	1..1	M
9.6.2	@root	受診券整理番号のための OID。「1.2.392.200119.6.209.nnnnnnnnn」を設定。ここで nnnnnnnnn は XML 仕様 No.9.8.1 に記述される保険者番号 8 桁の先頭に 1 をつけて 9 桁とした番号。OID 表も参照のこと。	1..1	M
9.7	associatedEntity/scopingOrganization	受診券を発行した保険者の保険者情報。	1..1	M
9.8	associatedEntity/scopingOrganization/id	受診券を発行した保険者の保険者番号。	1..1	M
9.8.1	@extension	「(受診券を発行した)保険者番号」。送信側（ファイル作成側）は recordTarget (XML 仕様 No. 6) の中で記述される保険者番号 8 桁と同一番号を設定する。省略はできな	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		い。ファイル受信側では無視してよく、仮に本属性が ecoredTarget (XML 仕様 No. 6) の中で記述される保険者番号と異なっていた場合にも無視してよい。		
9.8.2	@root	保険者番号の OID。「1.2.392.200119.6.101」を設定。	1..1	M

受診券と保険者情報の 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" />
<time>
<!-- high は受診券の有効期限（その日を含む） -->
<high value="20250331" />
</time>

  <associatedEntity classCode="IDENT">
    <!-- 受診券番号 -->
    <id extension="11123344551" root="1.2.392.200119.6.209.131130685" />

    <!-- 保険者情報 -->
    <scopingOrganization>
      <!-- 保険者番号 31130685 -->
      <id extension="31130685" root="1.2.392.200119.6.101" />
    </scopingOrganization>
    </associatedEntity>
  </participant>
...
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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。

表 10 健診実施情報に含まれる項目

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()
健診実施機関電話番号	10.10.1	/ClinicalDocument/documentaionOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/telecom/@value
健診実施機関住所	10.11.1	/ClinicalDocument/documentaionOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/text()
健診実施機関郵便番号	10.12.1	/ClinicalDocument/documentaionOf/serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/postalCode/text()

集合契約にて実施する際は、保険者と健診実施機関との間で健診種別の取り決めを交わすことは困難であるが、個別契約及び事業者健診において事業主から健診実施機関に本様式での報告を委託する際、委託契約締結時に健診プログラムサービスコードに埋めるべきコードを保険者等（事業主含む）との間で合意がある場合は、健診実施機関にてその指定値を設定できることとする。

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。 ヘッダー部の健診管理情報における code (XML 仕様 No.3) は本ファイルを作成し提出する事由区分の意味で使用するのに対して、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	以下のいずれの目的で実施された健診(検診)によって、本ファイルで報告する検査・問診データが得られたかについて主たるものをひとつ記述する。共同実施の場合には、最も主たる特定健診以外の健診事業のコードを記述することを原則とする。 個別契約や事業者健診における委託契約締結時に健診プログラムサービスコードに埋めるべきコードを保険者等(事業主含む)との間で合意がある場合、健診実施機関は、その指	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		定値を設定できる。 ただし電子ファイル作成を入力機関が代行する場合などでこの情報が不明な場合には、「000」(不明)を設定するか、または特定健診報告である場合には常に「010」を設定することも止むを得ない。 いずれにせよ、送信側(本ファイル作成側)は本情報をかならず設定しなければならない。 一方、受信側がこの情報をどのように利用するかについては受信側のプログラムにまかされているので本情報は無視してもよいが、特定健診以外の利用の場合では必須の健診結果が格納されているかどうかを判定するために必要となる情報と考えられる。 ※表外の補足説明も参照のこと。 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(学校保健安全法に基づく職員健診) 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」「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 ボ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 ボキャブラリドメイン NullFlavor より「NI」を設定。	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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。(通知別表2参照)	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」	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。 全角文字列のみ。最大 40 バイト。	1..1	M
10.10	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/telecom	健診実施機関の連絡先情報。	1..1	M
10.10.1	@value	電話番号。「tel:」で始まる文字列で数字だけとし、ハイフンやカッコなど区切り文字を含まない。例:“tel:0312345678” 「tel:」の 4 バイトを含めて最大 15 バイト。	1..1	M
10.11	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr	健診実施機関の所在地情報。	1..1	M
10.11.1	text()	「健診実施機関住所」に対応する住所を全角文字列で記録。郵便番号を含まず、空白を含めない。 最大 80 バイト。	1..1	M
10.12	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/postalCode	健診実施機関の所在地郵便番号情報。	1..1	M
10.12.1	text()	「健診実施機関郵便番号」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)。8 バイト固定。	1..1	M

補足説明：

特定健診がん検診＋肝炎検診 のように 2 つ以上の健診が同時実施された場合で、その結果から特定健診報告を行うようなケースでは、表 2 (No. 3.1) の報告区分コードは「特定健診情報」の報告であるから「10」となるが、表 11 (No. 10.2) の健診プログラムサービスコードは、特定健診のコード、がん検診のコード、肝炎検診のコード、上記ではない健診のコードのいずれかを使用する。いずれを使用するかについて提出先機関と事前に協議ができていない場合にはそれに従うが、特段の取り決めがない場合には「010」（特定健診）を設定してもかまわない。

なお、本仕様としてはいずれのコードでもよい場合には、特定健診を除いて、一番コードの小さいものをひとつ格納することを推奨する（特定健診＋がん検診＋肝炎検診 であれば、特定健診を除いてコードの小さいがん検診のコードすなわち 060 を設定しておく）。

健診実施情報の 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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

<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>

<telecom value="tel:0312345678" />

<addr>

東京都千代田区大手町 1－2－3

<postalCode>112-0000</postalCode>

</addr>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</performer>

</serviceEvent>

</documentationOf>

...

</ClinicalDocument>

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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。

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。 特定健診結果を報告する場合（報告区分10）では、ファイル作成側ではこのセクションは必須であり、このセクションに特定健診に必要な基本項目（1 階建て部分）および実施された詳細な項目（2 階建て部分）の格納を必ず行わなければならない。特定健診制度以外の制度により実施され特定健診項目も同時に実施された場で特定健診結果を報告する場合のファイルでは、このセクションに加えて当該制度に対応するセクションも一緒に作成してそこにその制度の全結果を格納してもよい。ただし受診者が同意していないにもかかわらず、特定健診以外の制度の検診（健診）結果を受診者に無断でその制度に無関係な第三者に送信することは避けなければならない。 特定健診報告（報告区分10）を受信した場合には、ファイル受信側でこのセクションはかならず存在しているか確認する必要があり、特定健診結果は必ずこのセクションから取り出さなければならない。
01020	広域連合保健事業セクション	後述する 3.3.1 の補足説明を参照。
01030	労働安全衛生法健診セクション	労働安全衛生法に基づいて実施された健診において、同法で定められた健診の検査結果および問診結果。 労働安全衛生法により実施された健診結果を報告したい場合には、ファイル作成側ではこのセクションは必須であり、本制度でとりきめたすべての結果を（特定健診と重複する項目の結果を含めて）このセクションに格納しなければならない。 受信側との取り決めにより、特定健診検査・問診セクションをあわせて作成し、特定健診項目だけをそのセクションにも重複格納してもよいが、その場合にも労働安全衛生法健診セクションから特定健診項目の結果を削除してはならない。 なお、実施された健診結果のうち特定健診部分だけを

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		抜き出して特定健診の報告としてファイルを作成する場合（報告区分10のファイルを作成する場合）には、本表の特定健診検査・問診セクションの説明を優先させること。
01040	学校保健安全法健診セクション	学校保健安全法に基づいて実施された健診において、同法で定められた（教職員の）健診項目の検査結果および問診結果。 学校保健安全法により実施された教職員の健診結果を報告したい場合には、ファイル作成側ではこのセクションは必須であり、本制度でとりきめたすべての結果を（特定健診と重複する項目の結果を含めて）このセクションに格納しなければならない。 受信側との取り決めにより、特定健診検査・問診セクションをあわせて作成し、特定健診項目だけをそのセクションにも重複格納してもよいが、その場合にも学校保健安全法健診セクションから特定健診項目の結果を削除してはならない。 なお、実施された健診結果のうち特定健診部分だけを抜き出して特定健診の報告としてファイルを作成する場合（報告区分10のファイルを作成する場合）には、本表の特定健診検査・問診セクションの説明を優先させること。
01060	がん検診セクション	がん検診で実施された検診の結果 がん検診により実施された健診結果を報告したい場合には、ファイル作成側ではこのセクションは必須であり、本制度でとりきめたすべての結果を（特定健診と重複する項目の結果を含めて）このセクションに格納しなければならない。 受信側との取り決めにより、特定健診検査・問診セクションをあわせて作成し、特定健診項目だけをそのセクションにも重複格納してもよいが、その場合にもがん検診セクションから特定健診項目の結果を削除してはならない。 なお、実施された検診結果のうち特定健診部分だけを抜き出して特定健診の報告としてファイルを作成する場合（報告区分10のファイルを作成する場合）には、本表の特定健診検査・問診セクションの説明を優先させること。
01090	肝炎検診セクション	肝炎検診で実施された検診の結果 肝炎検診により実施された健診結果を報告したい場合には、ファイル作成側ではこのセクションは必須であり、本制度でとりきめたすべての結果を（特定健診と重複する項目の結果を含めて）このセクションに格納しなければならない。 受信側との取り決めにより、特定健診検査・問診セクションをあわせて作成し、特定健診項目だけをそのセクションにも重複格納してもよいが、その場合にも肝炎検診セクションから特定健診項目の結果を削除してはならない。 なお、実施された検診結果のうち特定健診部分だけを抜き出して特定健診の報告としてファイルを作成する場合（報告区分10のファイルを作成する場合）には、本表の特定健診検査・問診セクションの説明を優先させること。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		と。
01990	任意追加項目セクション	1) いずれかの法令もしくは制度に基づいて実施された健診(検診)において、当該制度に定められていない項目を同時に実施した場合の検査結果および問診結果。この場合には該当するセクションとともに出現する。たとえば特定健診の3階建て部分の検査項目についてはこのセクションに格納する。 その他の制度の場合で、個別に追加された項目なのか制度にもとづく項目なのか判定が困難であるようなケースでは、当該制度のセクションに格納してもよく、また本セクションと重複して格納してもよい。 2) いずれの制度にも基づかず任意に実施された健診(検診)サービス(人間ドックなど)において、健診項目の検査結果および問診結果を格納する。この場合にはこのセクションだけが出現する。

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..3	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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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>

    <component>
      <section>
        <!-- 任意追加項目セクション（3.3.3 節） -->
      </section>
    </component>
  </structuredBody>
</component>
</ClinicalDocument>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

3.3.1 健診報告区分とCDA セクションの関係

特定健診だけでなく、労働安全衛生法に基づく健診や学校保健安全法に基づく教職員健診（以下、労安法等健診）、任意の人間ドック等の健診（以下、任意健診）など種々の健診結果を報告する場合にも本仕様を準用することができる。一般に健診機関が労働安全衛生法や学校保健安全法に基づく健診を行う場合には、その健診において特定健診項目をすべて含むように実施されることが想定される。こうした状況において、健診機関からの電子的なファイル作成による報告には、次の2つの報告形態が想定される。

① 健診実施機関は、保険者に提出する特定健診情報ファイルを本仕様に基づいて作成・提出する（特定健診分）ほか、それとは別に、健診委託元（事業者等）にすべての健診項目の結果を含めた健診情報ファイル（たとえば労安分）を本仕様準拠して別々のファイルとして作成し提出する。

② 健診実施機関は、健診委託元（事業者等）にすべての健診項目の結果を含めた健診情報ファイルをひとつだけ本仕様準拠して作成し提出する。提出を受けた健診委託元（事業者等）は、この健診情報ファイルを加工処理し、保険者に提出する特定健診情報ファイル（特定健診分）を本仕様に基づいて作成・提出する。この場合において、加工処理を別の機関に委託することもあり得る。

これらの報告形態と、本仕様書における表2（No. 3.1）の「報告区分」およびCDA セクションの関係は表のとおりである。上記のいずれの場合においても、最終的に提出されるファイルは報告目的ごとに別々のファイルとして作成しなければならない。

報告目的	報告元→報告先	報告形態の例	報告区分(XML仕様 No.3.1)	CDA セクションの有無等 数字列はセクションコード			本仕様書
				01010 (特定健診)	01020～ 01090(特定健診以外の 法令等で定める健診)	01990(任意追加項目・ 任意の人間ドック)	
特定健診の報告	健診機関→保険者*1	特定健診で定める基本健診項目結果および詳細な項目のみ報告*2	10	○	—	—	○
特定健診の報告	健診機関→保険者*1	特定健診で定める健診項目結果 ＋ 心電図検査・貧血検査・眼底検査・血清クレアチニン検査以外の追加健診項目結果の報告	10	○	—	○	○
特定健診以外の制度にもとづく健診結果の報告	健診機関→健診の委託元	法令等で定める健診結果単独の結果の報告（たとえば事業者健診のうち労安法分の報告）	40	△(原則としてなし)	○(これには特定健診で定められる項目の結果がある場合にはそれも含める)	—	○
特定健診以外	健診機関→健	法令等で定める健診結	40	△(原則	○(これには	○(法で定	○

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

の制度にもと づく健診結果 の報告	診の委託元	果の報告 ＋ 追加健診項目結果の 報告(たとえば事業者 健診のうち労安法分の 報告に加えて追加項目 がある場合)		としてな し)	特定健診で 定められる 項目の結果 がある場合 にはそれも 含める)	める項目以 外の追加項 目)	
人間ドック等 の任意の健診 サービスの結 果報告	健診機関→任 意健診の委託 元	特定健診で定める項目 を包含する、法令等で 定めない任意健診(保 険者が任意に設定する 人間ドックの結果の報 告)	40	△(原則 としてな し)	－	○(これに は特定健診 で定められ る項目の結 果がある場 合にはそれ も含める)	○

*1: 代行機関経由で保険者へ提出する場合を含む。ただし代行機関がファイルの内容を一切加工しない(一部の健診項目だけに絞って提出するなどする処理をしない)ことを想定している。

*2: 特定健診で定めない健診結果を保険者へ報告する場合には、受診者が同意していることが前提。

○: 当該セクションは必須。

△: 当該セクションはないことが原則であるが、特定健診で定めるすべての健診項目結果が存在する場合には、その結果を 01010(特定健診)セクションに格納してもよい。特定健診との同時実施の場合がこれにあたる。ただしこの場合にも、本来のセクション(01020～01090 および 01990)には同じ結果を重複して格納することとする。

－: 当該セクションは不要であり、ファイル作成側では当該セクションは生成しないものとする。

補足説明:

1. 広域連合の保健事業における健診データの報告方法

上記の表での説明にかかわらず、広域連合の保健事業における健診データを本仕様にもとづき電子ファイルで行う場合には、以下のとおりとする。

方針:

本保健事業における健診は、74歳までを対象とする特定健診制度に該当するわけではないが、次に掲げる点を除き、特定健診を実施したのと同じ報告方法で行うことができるので、特定健診と同じ実施区分“1”(報告区分“10”)とするほか、決済情報ファイル中の「決済情報」においても特定健診が実施されたと同じ方法でファイル中に単価等を格納する。

異なる点:

1) 腹囲が必須項目でない。

2) 健診情報ファイル中のプログラムサービスコードを「020: 広域連合の保健事業」とすることを原則とするが、受信側との間で事前に取り決めがない限り「010: 特定健診」としてもよい。

注意:

以上のことから、XML 仕様としては CDA セクションコード(OID= 1.2.392.200119.6.1010)として「01020: 広域連合保健事業セクション」が定義されてはいるが、ここに結果を格納せず、「01010: 特定健診検査・問診結果セクション」に結果を格納するものとする。したがって、「01020: 広域連合保健事業セクション」は健診機関から保険者(市町村)への報告には使用されないことになる。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

2. 事業者健診における健診データの報告方法

- 例1) 健診機関が事業者健診を行い、事業者に結果を報告する場合では、この報告自体の目的は特定健診報告ではないので、報告区分は 41、セクションは労安セクション(コード 01030)に結果を格納する。労安法に定められていない追加健診項目の結果がある場合には、任意追加項目セクションに格納する。
- 例2) 健診機関が事業者健診と特定健診の両方を行い、事業者に両方を一緒に報告する場合には、2通りの方法があり、両者の取り決めによる。

方法1) この報告自体の目的は特定健診報告に加えて事業者健診報告も兼ねているため、報告区分は 41、セクションは特定健診セクションと労安セクションの両方を生成する。特定健診セクションには特定健診報告に必須となるすべての検査結果と問診結果等の情報を格納する必要がある、同時に労安セクションには労安報告として必要な項目をすべて格納する。この場合、特定健診セクションに格納した検査項目のうち事業者健診報告にも必要な検査項目は労安セクションにも重複して格納することが必要である。さらに、もし労安法にもとづく項目以外に追加の項目の結果がある場合には、任意追加項目セクションに格納する。

この方法による報告では、ファイルを受信した事業者が、当該ファイルから特定健診セクションをとりだして新しいファイルを生成し報告区分 10 とした特定健診報告ファイルを作成し、保険者に報告することが想定される。

方法2) 報告時に、健診機関もしくは事業者が、特定健診報告ファイルと事業者健診報告ファイルを別のファイルとして作成し、別のアーカイブファイルを生成する。このような方法を取る場合には、特定健診報告ファイルは事業者経由もしくは直接、保険者に送付されることとなる。

特定健診報告ファイルの報告区分は 10、セクションは特定健診セクションだけ、または特定健診セクションと任意追加項目セクションとなる。任意追加項目セクションには特定健診項目として指定されていない項目の結果を格納することができる。ただし特定健診に制度上含まれない検査項目の結果を、特定健診報告により保険者に報告することは、本人の事前の同意が必要であるとみなされている。

一方、別途生成する労安報告ファイルでは、報告区分は 41、セクションは労安セクションだけ、もしくは労安セクションと任意追加項目セクションにより構成される。労安セクションには労安法で取り決めた項目の結果が格納され、それに加えて事業者または健診機関が追加した項目の結果は任意追加項目セクションに格納される。

※ 同一の検査項目の結果が同じファイルの異なるセクションに重複して現れる場合の受信側の処理のルールについて

報告区分コード(特定健診報告の場合には10)に従い、その報告区分に対応するセクションに格納されているデータを優先的に処理し、それとは異なるセクションに出現する同一健診項目のデータは無視すること。仮に異なる結果が格納されていてもこのルールにより結果はひとつとおりに定められる。

次に、報告区分コードに対応するセクションに格納されていないが任意追加項目セクションに格納されている健診項目データは、報告された結果として処理すること。

そして、報告区分コードに対応するセクションと任意追加項目セクションの2つのセクション以外の

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

セクションの存在は、(特定健診セクションの存在を判断して別の特定健診報告ファイルを生成するなどの受信側が新たな処理を行う場合をのぞき、)健診(検診)結果としての処理上は無視すること。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

3.3.2 特定健診検査・問診セッション

3.3.2.1 セクション部仕様

検査や問診結果の情報は、単一のセッションで表現され、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。セッ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・問診結果セッションの XML 仕様を表 14 に示す。その他のセッションの場合にはこれに準じセッションコードおよびセッションタイトルを対応する値に変更して使用すること。

表 14 検査・問診結果セッション 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。	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・問診結果セッション 」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・問診結果セッション 」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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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①およびパターン②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①「検査結果 表示用単位」（空白は半角スペース）

パターン②「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、測定値が入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合には、パターン①の表記に加え「H」または「L」を出現させる。

検査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

項目名	単位(表示用)
身長	cm
体重	kg
BMI	kg/m2
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 「測定値 単位(表示用) H」 ……検査項目パターン①で入力最大値以上の場合 「測定値 単位(表示用) L」 ……検査項目パターン①で入力最小値以下の場合 「測定値 単位(表示用)」 ……上記以外の検査項目パターン① 「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

注：記述すべき検査項目がひとつも存在しない場合には、**list** 要素自体が出現してはならない。すなわち `<list><item /></list>` のような記述や、`<list/>` という記述はここでは認められない。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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>BMI 120 kg/m2 H</item>
      ※上記の行は、本記載例中の BMI 算出によるものではなく、入力許容範囲を外れた場合
      の記載例として示すものである。重複出現を許している訳ではない。

      <item>腹囲 85cm</item>
      <item>メタボリックシンドローム判定 予備群該当</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>

```

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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、

① 検査結果が定量値で表現される項目

② 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①

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「XML 用特定健診項目情報」の XML データ型が「PQ」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①およびパターン②の両方に使用できるよう記述してある。

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個ネスティングされた構造」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個ネスティングされた構造」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）。

中性脂肪(トリグリセリド)と食後採血時間についてもグループ化しないとした（2023.03.31）。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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	心電図検査（対象者）※2
	RSON	心電図実施理由※1
胸部 X 線 直接・が ん健診	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）
	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（対象者）※2
	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
血清クレ	COMP	血清クレアチニン
	COMP	eGFR

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

アチニン 検査	RSON	血清クレアチニン（対象者）※2
	RSON	血清クレアチニン（実施理由）※1

※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や、特定健診の詳細な項目として実施されたのではない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。

※2：詳細健診として実施している場合、同じグループの検査結果および実施理由と併せて必ず出現する。（詳細な項目として実施していない場合は出現しなくてもよいが、出現させる場合、「0（詳細な健診の項目以外で実施）」を設定する）

表 17 検査結果項目パターン①②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「XML 用特定健診項目情報」の「項目コード」に収載されており、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（「XML 用特定健診項目情報」の「項目名」を参照）を設定。		11.9.4
(4)	検査結果データ型	検査結果のコードのデータ型。「XML 用特定健診項目情報」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」。 コードをあらわすデータ型に「CO」と「CD」があるので注意すること。	未実施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）。入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合については 3.3.2.3.3 節参照。「XML 用特定健診項目情報」の「数値型の場合の形式」に従うこと。 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、「XML 用特定健診項目情報」の「XML 用単位」を設定。コード体系 UCUM で定められた表記に従っている。 <u>表示用の単位コードと異なる場合があることに注意。</u> 検査値に単位がない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

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		パターン②の場合には出現しない。		
(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。「XML 用特定健診項目情報」の「結果コード OID」を設定。	未実施、測定不可能の場合には出現しない。	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、「XML 用特定健診項目情報」の「XML 検査方法コード」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、「XML 用特定健診項目情報」の検査方法コードを表す 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)	検査基準下限値	検査基準値が設定される項目のみ出現し、項目に設定された検査基準下限値を設定。「XML 用特定健診項目情報」の「数値型の場合の形式」に従うこと。	検査基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合には出現しない。	11.20.1
(12)	検査基準下限値単位コード	検査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。	検査基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合には出現しない。	11.20.2
(13)	検査基準上限値	検査基準値が設定される項目のみ出現し、項目に設定された検査基準上限値を設定。「XML 用特定健診項目情報」の「数値型の場合の形式」に従うこと。	検査基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合には出現しない。	11.21.1
(14)	検査基準上限値単位コード	検査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。	検査基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合には出現しない。	11.21.2
(15)	結果解釈コード	① 測定値が検査基準範囲外の場合：測定値が検査基準上限値を超える場合は「H」、検査基準下限値未満の場合は「L」を設定。 ② 検査基準値が設定されている項目で、測定値が検査基準範囲内の場合には「N」を設定。値が「N」の場合には省略できる。 ③ 検査基準値が設定されない項目：要素自体が出現しない。	検査基準値が設定される項目のみ出現。未実施の場合には出現しない。値が「N」の場合には省略できる。	11.12.1
(16)	食後経過時間	検査項目が「空腹時血糖」「随時血糖」および「空腹時中性脂肪(トリグリセリド)」「随時中性脂肪(トリグリセリド)」の場合、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	氏名を文字列で設定。	結果を記録した医師名など	11.15.2

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

	氏名		を記述する場合に使用する。	
--	----	--	---------------	--

検査結果セクションパターン①②の XML 仕様を表 18 に示す。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

表 18 検査結果項目パターン①② 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 ポ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 ポ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あらわす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。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。	0..1	O
11.9.2	@nullFlavor	一連検査グループをあらわす場合で、グループコードが存在しない場合には nullFlavor="NA"とする(貧血検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン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)。 observation 要素が entryRelationship の子要素である場合には、出現しない。	0..1	O
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	O
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	O
11.10	observation/effectiveTime	時間情報を記述。 observation/code/@code が、血糖値および中性脂肪値(トリグリセリド)とともに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	0..1	O

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		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。		
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 UCUM 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。測定値が入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合には 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..2	O
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	O
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	O
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	O
11.11.5	@code	パターン②の場合、表 17「(5) 結果」。測定不可能の場合および @xsi:type 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	O
11.11.6	@codeSystem	パターン②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 @xsi:type 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	O
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許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合に、結果をコード化して設定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 入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合の測定値の記述、および表 19 を参照のこと。	0..1	O
11.11.8	@displayName	パターン②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 @xsi:type 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	O

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

11.11.9	text()	パターン②の場合で、@xsi:type が「ST」の場合の結果値。 未実施の場合および@xsi:type 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	O
11.12	observation/interpretationCode	結果解釈コード。測定不可能、未実施の場合は出現しない。測定値が検査基準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	O
11.12.1	@code	表 17「(15) 結果解釈コード」。	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	O
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	O
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	O
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	血糖および中性脂肪(トリグリセリド)検査の食後経過時間を記述する場合には、HL7 ポ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	1..1	M

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

		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。		
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	検査基準値情報。 observation/value/@xsi:type が PQ (定量値) の場合であって検査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。それ以外では出現しない。	0..1	O
11.18	observation/referenceRange/observationRange	検査基準値。	1..1	M
11.18.1	@classCode	HL7 ポ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 ポ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	検査基準値の範囲。検査基準上限値以下かつ検査基準下限値以上。	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	検査基準下限値。	1..1	M
11.20.1	@value	表 17「(11) 検査基準下限値」。	1..1	M
11.20.2	@unit	表 17「(12) 検査基準下限値単位」。 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	検査基準上限値。	1..1	M
11.21.1	@value	表 17「(13) 検査基準上限値」。	1..1	M
11.21.2	@unit	表 17「(14) 検査基準上限値単位」。 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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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

検査項目：空腹時中性脂肪(トリグリセリド) 項目コード＝"3F015000002327101" 測定値＝100 mg/dl

検査基準値＝下限値 50、上限値 150

測定法＝可視吸光光度法（酵素比色法・グリセロール消去）検査法コード 3F01510000

結果解釈コード＝"N"

（サンプル中の検査基準値やデータ、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="3F01510000" 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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

【サンプル①ー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
検査基準値：下限値 12.5 上限値 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
検査基準値：下限値 427 上限値 570 結果解釈コード="N"

検査理由：項目コード="2A020161001930149" 易疲労感の訴えあり ST型（文字列型）
（サンプル中の検査基準値やデータ、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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

```

<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="2A020161001930149" />
        <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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

3.3.2.3.3 測定値が入力許容範囲外の場合の測定値の記述

測定値が項目毎に指定された入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合、測定値は実測値に加え、「H」（以上）または「L」（以下）を示すコード値も併せて出現させる。具体的には value 要素をコード型、数値型を各 1 回出現させれば良い。両者の順番については、どちらが先に出現しても問題ない。

以上のルールを模式的に示すと、次のようにまとめることができる。

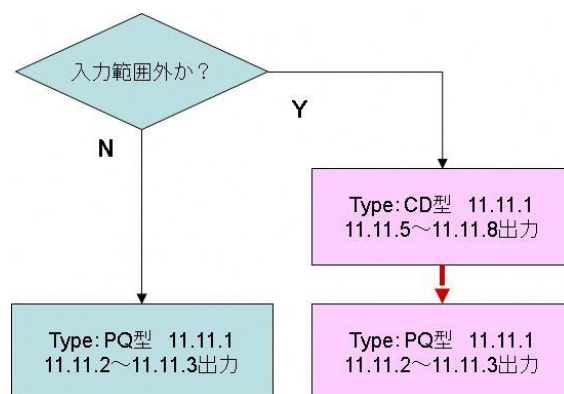


表 19 検査結果セクションエントリ部パターン① XML 仕様（入力許容範囲外の場合の測定値の指定）

No	XPath	説明	多重度	選択性
11.8 (再掲)	/ClinicalDocument/ component/structuredBody/component/section/entry/observation		1..1	M
11.11 (再掲)	value	測定値が入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合の測定結果の記述。未実施の場合は出現しない。	0..2	O
11.11.1 (再掲)	@xsi:type	コード型を表す「CD」を設定。	1..1	M
11.11.5 (再掲)	@code	HL7 ポキャブラリドメイン Observation Interpretation より、入力最大値以上の場合は「H」、入力最小値以下の場合は「L」を設定。	0..1	O
11.11.6 (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
11.11.7 (再掲)	@codeSystemName	「ObservationInterpretation」を設定。	0..1	O
11.11.8 (再掲)	@displayName	入力最大値以上の場合は「以上」、入力最小値以下の場合は「以下」という文字列を設定。	0..1	O
11.11 (再掲)	value	測定値が入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合の測定結果の記述。未実施の場合は出現しない。	0..2	O
11.11.1 (再掲)	@xsi:type	数値型を表す「PQ」を設定。	1..1	M
11.11.2 (再掲)	@value	表 17「(5) 結果」。	0..1	O
11.11.3 (再掲)	@unit	表 17「(6) 単位コード」。	0..1	O

★補足情報：ここで記載されている入力最大値、入力最小値とは、厚労省標準的な健診・保健指導に関するプログラム（改定版）別紙 7－3 に記載されている「入力最大値」「入力最小値」のことである。また、入力許容範囲とは、「入力最小値＜入力許容範囲＜入力最大値」で表される値の範囲のことである。

測定値が最大バイト長（＊1）の表現範囲を超えた場合は、表現範囲の最大値を記載する。

＊1）「XML 用特定健診項目情報」の「文字列換算（全角 2 バイト、半角 1 バイト）時の最大

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

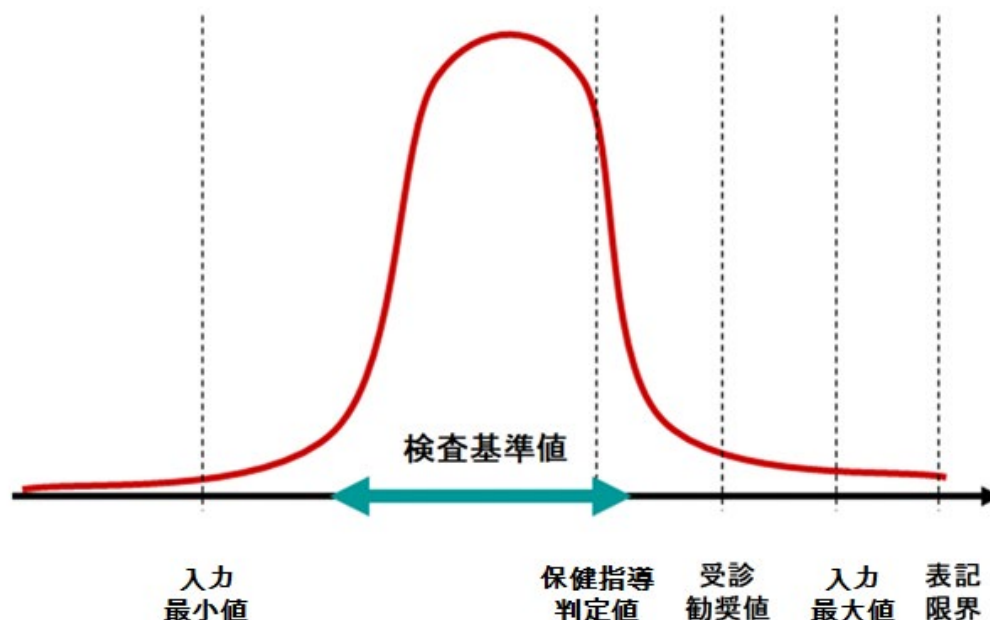
バイト長」、「数値型の場合の形式」を参照のこと。

「数値型の場合の形式」が、「NNNNN」ならば、「99999」を記載する。

サンプルを下に示す。

```
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="3F015000002327101" />
  <value xsi:type="PQ" value="2000" unit="mg/dL" />
  <value xsi:type="CD" code="H" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.83"
    displayName="以上" />
  <interpretationCode code="H" />
  <methodCode code="3F0150000" 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>
```

入力許容範囲外（入力最小値以下または入力最大値以上）の場合に保健指導レベル判定等に利用可能であるかについてだが、入力最大値以上であってもメタボリックシンドローム判定・保健指導レベル判定値を超過しておりリスクカウント可能であることが確認できることから、メタボリックシンドローム判定・保健指導レベル判定等に利用しても問題ない。



特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

3.3.2.3.4 検査結果セクションエントリ部パターン②

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「XML 用特定健診項目情報」の XML データ型が「CD」、「CO」、「ST」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②の entry 要素のサンプルを以下に示す。

【サンプル②－１】

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

サンプル中の検査基準値やデータ、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="9E100166000000011" 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②－２】

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

サンプル中の検査基準値やデータ、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="9N0661608000000049" 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②－３】

検査項目：医師の診断(判定)（運動指導必要）および判断した医師名（田中太郎）

サンプル中の検査基準値やデータ、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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

```

<entry>
  <!-- 医師の診断(判定)-->
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="9N5110000000000049"/>
    <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>

```

本仕様では、「医師の診断（判定）」を空文字列としたり value 要素を省略することはできないこととしているため、「医師の診断（判定）」として、特記事項がない場合は「特記事項なし」と記述するものとする。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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①、及びパターン②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** 自体を出力するべきではない。

サンプル中の検査基準値やデータ、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="空腹時中性脂肪(トリグリセリド)"/>
  </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。検査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、検査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。

測定不可能とは、健診機関としては検体を採取したが、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れられていないなど）、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（下記注を参照）。

注：「測定不可能」と「未実施」の取り扱いの違いについて

厚生労働省「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」の1-2-1を参照。

サンプル中の検査基準値やデータ、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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

検査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="空腹時中性脂肪(トリグリセリド)" />
    <value xsi:type="PQ" nullFlavor="NI" />
    <methodCode code="3F01510000" codeSystem="1.2.392.200119.6.1007" />
    <referenceRange>
      <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
        <value xsi:type="IVL_PQ">
          <low value="30" unit="mg/dL"/>
          <high value="188" unit="mg/dL" />
        </value>
      </observationRange>
    </referenceRange>
  </observation>
</entry>
```

検査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="空腹時中性脂肪(トリグリセリド)" />
    <value xsi:type="PQ" nullFlavor="NI" />
  </observation>
</entry>
```

3.3.2.3.6 情報提供の方法および初回面接実施について

「情報提供の方法」および「初回面接実施」については、特定健康診査・問診セッションに出現することとし、出現条件は以下のとおりとする。

・ 情報提供の方法

任意項目とし、「1：付加価値の高い情報提供」「2：専門職による対面説明」「3：1と2の両方実施」のいずれかを設定する。
なお、1～3に当てはまらない場合は出現させない。

・ 初回面接実施

特定保健指導の初回面接を実施できるセット券（特定健康診査＋特定保健指導）にて、特定健診当日から1週間後まで（健診実施日を0日として7日後まで。例えば月曜日に特定健診を受診した場合は、健診当日から次の月曜日まで）に特定保健指導の初回面接を実施した場合「1：健診1週間以内に初回面接実施」を設定する。

なお、1に当てはまらない場合は出現させない。

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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か不明。

4.2 性別コード

患者の（管理上の）性別コード。通知別表 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.

.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
mL/min/{1.73_m2}	ml/min/1.73m ²	milliliter per minute per 1.73 square meter
mg/L	mg/L	milligram per liter

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

mg/g*CR	mg/g・CR	milligram per gram
mg/day	mg/day	milligram per day

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、検査基準値及び入力許容範囲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	検査基準上限値超過。入力最大値以上の場合にも使用する。
L	以下	検査基準下限値未満。入力最小値以下の場合にも使用する。

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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

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。
RSN	-	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(被保険者)であることを示す。

4.11 資格区分コード

健診受診者・保健指導利用者の被保険者・被扶養者の別を明らかにするために使用。国民健康保険に関しては一意に定まるため、提出は任意とする。保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現しないため、後期高齢者医療広域連合の被保険者等は規定していない。

コード体系名： 資格区分

コード体系 OID： 1.2.392.200119.6.206

コード	表示名	説明
1	強制被保険者	被用者の被保険者であることを示す。
2	強制被扶養者	被用者の被扶養者であることを示す。
3	任意継続被保険者	任意継続被保険者であることを示す。
4	任意継続被扶養者	任意継続被扶養者であることを示す。
5	特例退職被保険者	特例退職被保険者であることを示す。
6	特例退職被扶養者	特例退職被扶養者であることを示す。
7	国保被保険者	国民健康保険及び国民健康保険組合の被保険者であることを示す。

ここにあげたコード表以外に、厚生労働省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

特定健診の電子的なデータ標準様式	Version: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

こと。

厚生労働省サイト： <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>

5. OID 表

本文書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: 4
特定健診情報ファイル 仕様説明書	2023.03.31

Ver.4

本説明文書は、厚生労働省保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室により修正されました。
また、「第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会」の下に設置された「システム改修に関するワーキンググループ」の作業班メンバーや、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。

システム改修に関するワーキンググループ作業班