

平成 25 年 8 月 9 日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

福岡県市町村国民健康保険組合における
「特定健診における事案発生時の対応マニュアル」について

時下 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、特定健診において実施医療機関と市町村国民健康保険の被保険者（特定健診受診者）との間にトラブル等があった際、発生後速やかに問題解決にあたるため、市町村国民健康保険の代表保険者、福岡県国民健康保険団体連合会と数回にわたり協議を重ね、平成 25 年 7 月 25 日開催の全会第 12 回全理事会で協議の結果、標記対応マニュアルを別紙の通り作成致しました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解頂きますとともに、実施医療機関からのご協力が得られますよう、周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 概要は下記の通り示しておりますが、詳細につきましては別紙対応マニュアルをご覧くださいませようお願い申し上げます。
- 2) 本件につきましては、全会ホームページ中、「特定健診・特定保健指導」特設ページに掲載致します。

記

1. 実施医療機関での対応

福岡県市町村国民健康保険の被保険者（特定健診受診者）との間にトラブルがあった際、速やかに郡市医師会に電話により第 1 報を行い、その後 1 週間以内に「事案発生連絡票」（別紙）を郡市医師会に提出するとともに、医事紛争報告書を作成し、郡市医師会に提出する。（※マニュアルに記載のある事案報告書につきましては、全会において、提出いただいた医事紛争報告書よりマニュアルの 2 の（3）に記載の報告書の内容を抜粋し作成致します。）

2. 郡市医師会での対応

実施医療機関からトラブル発生の連絡を受けたら、速やかに福岡県医師会に電話にて連絡を行い、実施医療機関から「事案発生連絡票」が提出され次第、同連絡票を福岡県医師会に提出する。
また、実施医療機関より医事紛争報告書が届いたら、福岡県医師会医事調停委員会に提出する。

3. 福岡県医師会での対応

郡市医師会からトラブル発生の連絡を受けたら、速やかに福岡県国民健康保険団体連合会、福岡県市町村国民健康保険組合の代表保険者及び被保険者の属する保険者に電話にて連絡を行い、「事案発生連絡票」を送付する。

また、実施医療機関より提出された「事案報告書」（医事紛争報告書）をもとに、福岡県医師会医

事調停委員会において、実施機関における故意又は重過失の有無を審議し、その結果を郡市医師会、代表保険者及び被保険者の属する保険者に報告する。

4. 保険者の対応

福岡県医師会医事調停委員会において、実施医療機関に故意または重過失が無いと判断された場合、特定健診・特定保健指導委託契約書の覚書に基づき、問題の解決に当たる。また、実施医療機関に故意または重過失があると判断された場合においても、必要が生じた場合は協議を行うこととする。

小郡三井医師会より

特定健診担当・医事調停担当理事 白石恒明
会長 蒲池 壽

特定健診における事案発生時の対応マニュアル

1 事案発生時の連絡

(1) 実施機関は、事案発生後速やかに郡市医師会を通じて福岡県医師会、国保連合会、代表保険者及び被保険者の属する保険者に電話により第1報を行う。また、実施機関は、原則として1週間以内に「事案発生連絡票」(別紙)を郡市医師会を通じて福岡県医師会、国保連合会、代表保険者及び被保険者の属する保険者に提出する。

2 事実確認(集合契約第11条2項に基づき)について

(1) 実施機関は、郡市医師会長を通じて「事案報告書」を福岡県医師会長宛提出する。福岡県医師会長は、報告を受けた内容について、福岡県医師会委員会において審議し、実施機関に故意又は重過失がないと判断した場合には、代表保険者に事案報告書を郵送にて提出し、協議を行う。

なお、実施機関に故意又は重過失があると判断した場合には、福岡県医師会は国保連合会を通じて、代表保険者並びに被保険者が属する保険者に対して、実施機関に故意又は重過失があることの連絡及び「事案報告書」の提出を行う。

また、福岡県医師会委員会において実施機関に故意又は重過失があると判断した場合においても、必要が生じた場合は協議を行なうこととする。

(2) 上記協議関係者は、実施機関、県医師会、代表保険者、被保険者(特定健診受診者)の属する保険者及び国保連合会事務局とする。

(3) 事案報告書の内容

- 1) 実施機関名、管理者氏名、関係医師等(看護師、技師)
- 2) 発生日時
- 3) 被保険者氏名、住所等
- 4) 事案の概要
- 5) その他(被保険者の要望等)

3 被保険者への連絡及び対応

実施機関の所属する郡市医師会(必要に応じて県医師会)及び被保険者の属する保険者は被保険者の対応をする。

4. 関係者の役割分担の確認

集合契約第11条各項に関する「覚書」に基づき役割分担を明確にする。

(1) 当該被保険者との調整・協議

実施機関の所属する郡市医師会(必要に応じて県医師会)、被保険者の属する保険者で実施する。

(2) (1)の状況報告・協議、解決への方向性等

実施機関(必要に応じて)、県医師会、被保険者の属する保険者及び代表保険者(必要に応じて)で実施する。

(3) 解決(覚書の内容に照らし)

実施機関に故意又は重過失がない場合、(2)の協議に基づき被保険者の属する保険者において解決する。

別 紙

平成 年 月 日

事案発生連絡票

様

1. 事案発生日	平成 年 月 日		
2. 実施機関	名 称		
	住 所		
3. 被保険者	Tel ()		—
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所		
4. 事案の概要	保険者		
	※該当する番号に○をつけて下さい。 1. 採血時の疼痛等の症状 2. その他（具体的に：)		