

個人情報記録した画像データの誤交付について

このたび、当センターにおいて、患者さんのCT等の画像データが記録された書類（CD-ROM（以下「CD」という。）」を誤交付するという事案が発生しました。

このような事態を招きましたことをお詫び申し上げますとともに、再発防止に取り組んでまいります。

1 CDに記録されていた個人情報

氏名、生年月日、性別、患者番号及び診療情報等

2 事案の経過

○令和5年8月30日（水）

・主治医が放射線科に、患者XのCT等の画像データをCDに取り込むよう指示した。

○令和5年8月31日（木）

・放射線科から病棟に患者XのCDを引き取りに来るよう電話連絡があり、看護師Aは、看護補助者B（非常勤職員）に放射線科に患者XのCDを引き取りに行くよう依頼した。

・放射線科では、患者XのCD4枚（輪ゴムで一まとめ）とともに患者YのCD（1枚）が用意されており、看護補助者Bは、患者X及び患者Yの2名分のCD計5枚を引き取り、看護師Aに手渡した。看護補助者Bは、2名分のCDを引き取ったことは認識していたが、これを看護師Aに伝えなかった。

・看護師Aは、全てのCDが患者Xのものであると誤認し、看護師Cに対し、患者Xの家族にCD5枚を交付するよう依頼した。

・看護師Cは全てのCDが患者Xのものであるかを確認せず、患者YのCD1枚が混入したままCD5枚を患者Xの家族へ誤交付した。

・患者Xが他の医療機関（以下「病院」という。）へ転院の際、病院窓口へCDをすべて提出したところ、患者YのCDが混入していることが判明、病院からセンターの地域医療連携室に患者YのCDも同封されていた旨の連絡があり、電話対応した地域医療連携室職員は謝罪するとともに、CDの破棄を依頼した。

○令和5年9月1日（金）

・看護師Dが患者Yの家族に電話にて経緯を報告した上で謝罪した。

○令和5年9月2日（土）

・患者Yの受診の際、患者Yの家族に患者YのCDを交付した。

3 誤交付の原因

・看護補助者Bが、看護師AにCDを引き渡す際、患者Xと患者Yの2名分のCDであることを看護師Aに伝えなかったため。

・看護師Aが、患者YのCDも含めて患者XのCDであると誤認し、看護師Cに対し、患者Xの家族にCDを交付するよう依頼したため。

・看護師Cが、すべてのCDが患者Xのものであるかを確認せず、患者YのCDを誤交付したため。

・他の職員によるダブルチェックを行わなかったため。

4 再発防止策

- 個人情報を含む書類を交付する際、情報に誤りがないか複数人で複数回点検すること、及び個人情報の取り扱いには一層慎重を期すよう、発生部署及び全職員に注意喚起した。
- 全職員に対し、本事案を含め発生事案の情報共有とともに、個人情報の取り扱いには一層慎重を期すよう院長名で通達した。

【お問い合わせ先】

事務局総務グループ

電話 072-957-2121