個人情報に記載された容器の誤交付について

このたび、当センターにおいて、患者の個人情報が記載された容器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と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 書類に記載されていた個人情報

患者氏名、患者 ID

2 事案の経過

令和7年8月12日（火）

- ・ 外来診察後に主治医が患者 A の喀痰検査のオーダーを行った。
- ・ 医師事務作業補助者が誤って患者 B のラベルを容器に貼り付けて氏名を確認せず、患者 A に手渡した。
- ・ 患者 A はその場で痰を出し、容器を採血室へ提出した際、自身の名前を口頭で採血室職員に伝えたところ、採血室職員が容器に貼り付けされている名前と一致しなかったことから、医師事務作業補助者が誤って患者 B のラベルを貼った容器を患者 A に渡したことが発覚した。
- ・ 事務局より、患者 A と患者 B に架電にて本事案の経緯を説明するとともに謝罪した。

3 誤交付の原因

- ・ 医師事務作業補助者が患者 A に容器を渡す際、貼付されている氏名ラベルの確認をすることを怠ったため。

4 再発防止策

○事案発生部署に対し、以下の点を改めて周知した。

- ・ 容器を患者に渡す際は、ラベルの氏名を指差ししながら口頭で発音し、患者とともに確認すること。
- ・ 個人情報を取り扱う際のダブルチェックのフローの作成。

以 上