

個人情報に記載した痰検査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痰検査容器（以下「容器」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 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8年5月11日（月）

- ・医師事務作業補助者（以下「DC」という。）が、患者Aへ次回来院時に提出いただく容器を渡す際、患者Bのラベルシールが貼られた容器を患者Aに誤交付した。

令和8年7月13日（月）

- ・患者Aから提出された容器を採血スタッフが確認したところ、患者Bのラベルシールが貼られていることが分かり、事案が発覚。
- ・その後、採血スタッフから本事案について報告を受けたDCは、患者Aに直接謝罪し患者Bの容器を回収するとともに、患者Aの容器を再交付した。
- ・患者Bに対しては、DCリーダーから電話で経緯を説明し謝罪するとともに、患者Bへ交付した容器については誤りがないことを確認した。

3 誤交付の原因

- ・DCが、患者Aに容器を交付する際に、本来行うべきラベル記載氏名のダブルチェックを怠ったため。

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。

- ・DCによる容器交付時は貼付ラベルシールを複数名でダブルチェックすることを徹底すること。
- ・本事案の概要について、センター内にて情報共有し、個人情報の取扱いについて周知するとともに注意喚起を行った。

以 上