

個人情報漏えいに関するお詫びとご報告

この度、当院におきまして、下記の個人情報漏えいが発生しました。
関係する皆さまにおかれましては、多大なるご迷惑とご心配をおかけする事態になりましたことを心よりお詫び申し上げます。
今回の事態を重く受け止め、個人情報の管理につきましては、職員に対する教育及び指導を徹底し、再発防止に努めてまいります。

記

1 患者様荷物の誤搬送に伴う情報漏えいについて

(1) 事案の概要

救急車で搬送され救急外来を受診した患者A様の荷物を、診療後に返却せず、次に救急外来を受診し入院した患者B様の荷物であると誤認し、患者B様の病室に搬送してしまいました。患者B様から自分のものではない荷物が病室に置いてあるとのお申し出をいただきました。

当該事案は、患者B様が速やかに申し出てくださったことから、更なる漏えいのおそれはございません。

(2) 漏えいした個人情報の内容

診察券に記載されている個人情報（患者ID、患者氏名、生年月日、病院名）1件

(3) 発生原因

- ・救急外来では、荷物を預かった際に慣習として「荷物預かり札」を支柱台に掛け、預かったことの掲示を行っていたが、荷物の数や種類を把握するルールがなかったこと
- ・救急外来では、荷物を預かる際の手順と患者様から預かった職員の責任の所在について明文化しておらず、複数のスタッフが関与したため、責任の所在が曖昧になったこと
- ・救急外来では、荷物を預かった時には「患者情報記録用紙」に記載することになっているが、荷物に何が入っているのかを見ただけで、記録をしていなかったこと
- ・救急外来では、看護師がストレッチャーに荷物が残っていないか確認したが、気づかなかつたこと
- ・患者B様が救急外来から病棟に移る際、救急外来看護師と病棟看護師との間で荷物の受け渡しに対する確認を行っていなかったこと

(4) 再発防止策

- ① 救急外来で預かった荷物の運用については以下のとおり変更しました。
 - ・預かった荷物の有無だけを共有する「荷物預かり札」は廃止するとともに、預かった荷物の数や種類を記載する「救急外来荷物預かりチェック用紙」を作成しました。
 - ・「救急外来荷物預かりチェック用紙」は、荷物を預かった看護師が内容を記載し、ストレッチャーの支柱台に掛けて共有します。
 - ・荷物の内容に関わらず、預かった荷物は「救急外来荷物預かりチェック用紙」にすべて記載します。

- ・荷物を移動させる時は、ストレッチャーの支柱台に掛けている「救急外来荷物預かりチェック用紙」で照合します。
- ・患者や患者の家族、看護師等に荷物を渡す際には、救急外来の受け持ち看護師が「救急外来荷物預かりチェック用紙」で荷物を渡す相手方と照合し、両者でサインします。
- ・使用後の「救急外来荷物預かりチェック用紙」は、責任の所在を確認できるよう救急外来の所定の場所に1か月間保管します。

② 荷物を預かる際の手順、「救急外来荷物預かりチェック用紙」の運用方法、患者から預かった荷物に関する責任の所在について、救急マニュアルに明記し、救急外来スタッフ及び病棟スタッフに周知しました。

③ 残った荷物の見落としがないよう、また、買い物袋と見間違わぬよう色付きのレジ袋の導入を検討します。

④ 職員に対し、業務マニュアルに定めているダブルチェック等の確認手順を着実に実施するよう、改めて指導しました。

2 ファクシミリの誤発信に伴う情報漏えいについて

(1) 事案の概要

医師が患者C様の転院先医療機関に、患者C様の診療情報提供書をファクシミリにて送信した際、転院先医療機関の所在地を誤認し、誤った市外局番を入力して送信してしまいました。速やかに誤送信した患者C様の診療情報提供書を回収したことから更なる漏えいのおそれはございません。

(2) 漏えいした個人情報の内容

診療情報提供書に記載されている個人情報（氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、ID、保険情報、主訴又は病名、現病歴・現症・治療経過、既往歴・家族歴・嗜好・薬物アレルギー、転院先医療機関名など）1件

(3) 発生原因

- ・医師が転院先医療機関への診療情報提供書のファクシミリ送信について、患者サポートセンターへ依頼せず、自らファクシミリ送信を行ったこと
- ・医師が短縮ダイアルの登録をしてある患者サポートセンターのファクシミリ機を使用せず、短縮ダイアルの登録をしていない医局のファクシミリ機を使用して転院先医療機関に送信したこと
- ・当該医師が転院先医療機関の所在地を誤認し、市外局番を誤って入力したこと
- ・当該医師がとにかく急いでファクシミリ送信をしようとした、ファクシミリ送信前に複数の目によるチェックを行わず送信したこと

(4) 再発防止策

- ①全医師に一斉メールで休日・時間外の医療機関への緊急のファクシミリ送信は事務当直者に依頼するよう改めて周知しました。
- ②当院の全てのファクシミリ機に、休日・時間外の緊急のファクシミリについては事務当直者に依頼することを貼付しました。
- ③当院の全てのファクシミリ機にダブルチェックをすること等の注意事項を貼付しました。

3 中止薬の誤交付に伴う情報漏えいについて

(1) 事案の概要

看護師が、患者D様の退院に際し、預かっていた中止薬を返却しましたが、患者D様に患者E様の中止薬を誤って渡してしまいました。その後、患者D様が外来受診された際、自分のものではないと病院へ患者E様の中止薬を届けてくださいましたので、更なる漏えいのおそれはございません。

(2) 漏えいした個人情報の内容

薬袋に記載されている個人情報（ID、氏名、ふりがな、診療科、病棟名、部屋番号、服用開始日、内服薬名、用法・容量、効能）1件

(3) 発生原因

- ・退院前日の日勤看護師が、退院時にお渡しする書類や内服薬を準備し、患者様ごとの専用フォルダーに入れましたが、退院当日の日勤看護師が、中身を確認せずに患者D様に手渡したこと
- ・退院当日の日勤看護師が、中止薬を患者様に返却する際に、患者様と一緒に氏名を確認するという患者誤認防止マニュアルの手順どおりに確認ができていなかったこと
- ・出血リスクの増加、麻酔への影響等手術前後に内服薬が中止になる場合が多く、中止薬ボックスには常に複数の患者様の中止薬が混在していること
- ・入院当初から類似したお名前の患者D様と患者E様の誤認がないようチーム分けをする等配慮していたが、患者D様の担当チームの中止薬ボックスに患者E様の中止薬が混入していたこと

(4) 再発防止策

- ① 看護部長が師長会を通じて全看護スタッフに以下の手順を徹底するよう周知しました。
 - ・退院前日に準備した患者カルテの中身については、入れ間違いや不足がないか等、退院前日に準備した看護師が確認するとともに、退院日の看護師が退院患者様に手渡す前にも確認を行う。
 - ・患者様に書類を渡す際や中止薬を返却する際には、患者誤認防止マニュアルの手順どおりに患者様に名前を名乗ってもらい、一緒に確認を行う。
- ② 中止薬の管理方法については以下のとおり変更し、師長会を通じて全看護スタッフに周知しました。
 - ・週1回その日の日勤のリーダー看護師が、患者様ごとに薬袋の氏名と返却の要否の確認を行い、中止薬ボックスを整理する。
 - ・手術後に患者様の食事が再開になる段階で、看護師は主治医に内服薬の再開を確認し、再開しない内服薬（持参薬）は直ちに患者様もしくは患者様の家族へ返却する。
 - ・再開しない院内処方については直ちに薬剤部へ返却する。

4 気管切開同意書の誤交付等に伴う情報漏えいについて

(1) 事案の概要

集中治療室の看護師が、患者F様から預かった貴重品の入った手提げ袋と衣服の入ったビニール袋を、同日入院された患者G様の家族に間違えて渡してしまいました。また、患者F様の気管切開同意書を患者G様のご家族に署名していただき、控えを渡してしまいました。

患者G様のご家族から、患者F様の気管切開同意書と診察券等の入った荷物を速やかに戻していただいたことから、更なる漏えいのおそれはございません。

(2) 漏えいした個人情報の内容

- ・診察券（患者氏名、ID、医療機関名）1件
- ・気管切開同意書（患者氏名、病名、術式、手術目的、内容、合併症、代理人氏名、患者との続柄、署名年月日）1件

(3) 発生原因

- ・集中治療室に入院する際の患者様の荷物の取り扱いのルールが決まっていなかった。
- ・慣習として患者様と最初に対面した看護師が荷物の確認をするが、最初に対面した看護師が患者F様の荷物を確認しなかった。
- ・看護師が患者F様の荷物を患者G様のご家族に渡す際、名前を名乗ってもらって確認しなかった。
- ・看護師が患者G様のご家族が患者F様の同意書に署名した際に、署名した氏名を確認しなかった。

(4) 再発防止策

- ① 集中治療室に入院する際の荷物の取り扱いについて、以下のとおり手順を作成しました。
 - ・入院の際、最初に対面したスタッフが患者様の荷物を確認し、その場にご家族がいる場合はその場でお渡しする。
 - ・ご家族がその場にいない場合は、荷物は患者様から離さず、ご家族をベッドサイドに案内した時に受け持ち看護師がお渡しする。
 - ・荷物をご家族にお渡しする時は、患者様の名前を呼ぶのではなく名乗ってもらうことを徹底する。
- ② 同意書等の書類の取り扱いについて、看護部長が師長会を通じて全看護スタッフに以下の手順を徹底するよう周知しました。
 - ・同意書等の書類を渡す際は、渡す相手に患者様のお名前をフルネームで名乗ってもらい、一緒に氏名を確認する。

5 血液透析記録の誤送付に伴う情報漏えいについて

(1) 事案の概要

患者H様の担当医師が転院先医療機関に送付した80枚に及ぶ診療情報提供書等の書類の中に、患者I様の血液透析記録4枚（2日分）が混入している旨、転院先医療機関から連絡をいただきました。当院職員が転院先医療機関から速やかに回収したことから、更なる漏えいのおそれはございません。

(2) 漏えいした個人情報の内容

- ・患者情報（氏名、ID、年齢、性別、ドライウェイト、血液型、感染症有無、透析日、透析方法、ダイアライザー品名、血液流量、抗凝固剤名、持続、前体重、増加率、ドライウェイトとの差、後体重、リンス量、点滴量、輸血量、目標除水量、最終除水量、透析開始時間、終了時間、透析時間、指示事項、グラフ（体温、血圧、脈拍）、血流量、静脈圧、透析液圧、TMP、透析液流量、透析液温度、除水速度、除水積算値、IP速度、補液速

度、補液量現在値、補液温度、コンソール回路、穿刺部確認、回路の状態、Aチャンバー、Bチャンバー、ダイアライザー残血、薬剤名）2件

- ・職員情報（透析医氏名、受け持ち看護師氏名、回路状態の確認者の名字）

（3）発生原因

- ・担当医師が先行して作成した別の患者様の書類を片付けずに転院先医療機関に提供する書類の準備を始めたこと
- ・従来から他の医師に比べ、当該担当医師が転院先医療機関に提供する書類の枚数が大量であること
- ・担当医師が書類の封入時、全枚数分の自己確認を怠ったこと
- ・担当医師が封入した書類を確認するよう病棟看護師に依頼をしていないこと
- ・病棟看護師が担当医師から預かった書類を数枚確認したもの全では確認していなかつたこと

（4）再発防止策

- ①院長から全医師に対して以下のとおり電子カルテのメールにて指示を行いました。
 - ・医師が転院先医療機関に書類を提供する場合には、封緘前に無関係なものが混入していないか確認を行うこと、また、病棟看護師等に預ける場合には必ず内容確認を依頼すること
- ②看護部長から師長を通して以下のとおり全病棟看護師に周知しました。
 - ・担当医師から転院先医療機関に提供する書類を病棟看護師が預かった場合には、従来のルールどおり封緘する前に必ず全部の内容の確認すること

6 外来診療費等請求書兼領収書等の誤交付に伴う情報漏えいについて

（1）事案の概要

会計窓口担当者（業務委託）が、患者J様の誤って患者K様に対して会計処理を行い、患者J様の領収書等一式を患者K様に渡してしまいました。患者K様から患者J様の外来診療費等請求書兼領収書と診療明細書を直ちに回収することができたことから、更なる漏えいのおそれはございません。

（2）漏えいした個人情報の内容

- ① 外来診療費等請求書兼領収書（氏名、患者番号、請求番号、診療科、保険区分、負担割合、診療期間、請求金額）
- ② 診療明細書（患者番号、氏名、日付、診療科、請求区分、項目名、点数、回数）

（3）発生原因

- ・患者様が名乗ったフルネームとレジの画面に表示されている氏名及び電子カルテの収納画面に表示されている氏名がすべて一致しているかの確認を怠ったこと
- ・16時30分以降は、会計窓口が一つになり、患者様が目の前に列を作り、会計窓口担当者の気持ちが焦っていたため書類受け渡しの手順・ルールが徹底できていなかつたこと

（4）再発防止策

- ①患者様が名乗ったフルネームに対し、レジと電子カルテ収納画面に表示された氏名がすべて一致しているか指差し確認をする。
- ②マニュアル遵守の徹底

【書類受け渡しの手順・ルール】

- ・患者様が窓口に書類を受け取りに来られたら、本人確認できるもの（診察券）を預かるか、患者様にフルネームを名乗っていただき、氏名・IDを確認する。
- ・書類を患者様に見せ、確認する部分を指差して書類の種類・内容・氏名が間違っていないか確認する。

※書類が2枚以上ある場合は、2枚目以降も同様に確認する

※書類が封筒に入っている場合は、必ず中身を取り出し、封筒と書類の氏名等を確認する。

③該当職員に対する個別指導

業務委託先の統括責任者が会計窓口担当者に週1回の面談を実施し、業務が正しく遂行されているか確認することとします。

④煩雑な作業の整理

会計窓口担当者は16時半以降に現金授受の他にクレジット決済の証拠書類の作成業務を並行して実施していましたが、今後は会計窓口業務を現金授受に限定し、証拠書類作成業務は他のスタッフが対応することとします。

2025年12月17日 香川労災病院