

第2号様式（第12条関係）

令和6年度 第1回大和市個人情報保護審査会 会議要旨

- 1 日 時 令和6年5月10日（金） 午前10時00分から
- 2 場 所 大和市役所 全員協議会室（本庁舎5階）
- 3 出席者 久保博道会長、柴田憲司委員、篠田優里委員、関根孝子委員、佐藤直大委員
- 4 傍聴人数 0人
- 5 次 第
 - (1) 会長あいさつ
 - (2) 報告事項
 - ①保有個人情報に係る事故発生状況報告
【健康福祉部障がい福祉課】
 - ②保有個人情報に係る事故発生状況報告
【市立病院看護部】
 - ③保有個人情報に係る事故発生状況報告
【市立病院看護部】
 - ④保有個人情報に係る事故発生状況報告
【こども部ほいく課】
 - (3) 議 題
保有個人情報一部開示決定に対する審査請求について（諮問：継続審議）
【No.27 案件：教育委員会 指導室】
 - (4) その他

6 議事要旨

報告事項

① 保有個人情報に係る事故発生状況報告【健康福祉部障がい福祉課】

(担当課が入室、説明)

委員 一回のみ両面印刷に設定されることはあるのか。

担当 通知書の印刷については、一括で片面印刷に設定しているため、本来であれば一回のみ両面印刷に設定されることはない。しかし、三つ折り作業において、自動折り機を使うことで通知書が破損する場合があります、破損分については手作業で印刷の設定を行う必要がある。その際に誤って両面印刷に設定してしまう可能性はある。

委員 デフォルトの状態が両面印刷なのか。

担当 そうである。本件に関して言えば 343 名分の通知書については片面印刷に設定して作業を行っていた。

会長 つまり、本件作業時は意識的に機械を操作して設定を行ったのか。

担当 そうである。また、このような作業は年 2 回ほどしか行われず、通常業務においては両面を使用した文書の作成が主であるため、普段のオペレーションを優先し両面印刷がデフォルトで設定されている。両面を使用した文書作成のため情報漏えいの可能性はないといえる。

委員 今回破損したのは一通のみであり、その一通を改めて印刷した際に、誤って両面印刷を行ってしまったのか。

担当 そうである。

委員 その後一人分の通知書を封緘するために機械を使用したのか。また、両面になっていた際に担当の目に触れる機会はないのか。

担当 一人分の通知書については機械を使用していない。封入前に確認する機会はある。本件については人的ミスといえる。三つ折りにした時点で裏面を確認することは不可能になる。

会 長 A さんに送付された通知書の裏面に B さん（情報漏えい被害者）の通知書が印刷されていたとのことだが、B さんに対し通知書は送付されていたのか。

担 当 送付されていなかった。

会 長 他に情報漏えいの可能性はないのか。

担 当 通数と照らし合わせた結果ないといえる。今回通数との差異が生じた原因としては、B さんの分の通数を別件のために引いていたことが挙げられる。別件の確認が終わった時点での送付を考えていたため、本件送付時には合計通数 342 枚での送付を行った。その他に通数の差異は生じていないため、他の情報漏えいの可能性はないといえる。

会 長 通報していない人もいるのではないのか。

担 当 100%とは言い難いが、これまでの経験や実務状況と照らし合わせると可能性は極めて低いといえる。

会 長 他の 341 名に本件漏えいについての確認はとっていないのか。

担 当 そうである。

委 員 本件作業は年 2 回、週休日に行われる特別な作業なのか。

担 当 そうである。集中できる環境で慎重に作業に取り掛かっている。

委 員 破損したのは一通なのか、そうでないのか。

担 当 数通破損した可能性が考えられるが、具体的な記録は残っていない。

委 員 その中で両面印刷を行ったものは一通のみののか。

担 当 普段から片面印刷の徹底の周知を行っている。しかし一通のみ漏れがあった。

委 員 片面印刷の確認は、封入の際に目視で行っているのか。

担 当 そうである。再発防止策として、今後は印刷時に設定の確認も行う。

(担当課が退室)

② 保有個人情報に係る事故発生状況報告【市立病院看護部】

(担当課が入室、説明)

- 委員 本事案発生時は平日ではなく日曜だったため、薬剤師ではなく担当看護師が返却を行ったのか。
- 担当 そうである。
- 委員 休日の人員配置の関係上、二重チェックは不可能なのか。
- 担当 土曜日曜は限られた人員配置ではあるものの、不可能ではない。
- 会長 本件のような事案が過去に発生したことはあるのか。
- 担当 過去にも発生した事実を確認している。
- 会長 二重チェックを含め、確実な再発防止策の検討が必要なのではないか。
- 担当 過去の事案発生時にも、再発防止策として、退院に向けて退院処方、持参薬を準備、確認した後は個々のケースを作成し、他の患者の薬と混ざらないように管理するという案が挙がっていた。しかし、ケースの保存場所の整備を行っていなかった。本事案発生の後、保存場所の整備を行ったため、個々に管理することが可能になった。
- 委員 返却の際は袋の中に更に薬袋が詰められているのか。
- 担当 そうである。本事案においては、ナイロンのビニール袋の中に誤った薬袋が重なった状態で返却してしまった。
- 委員 持参薬は市立病院に預けるものなのか。また、市立病院仕様の薬袋に移すものなのか。
- 担当 持参薬は病院に預けるものである。また、薬袋については預け受ける際に患者が持参した袋を使用する。その際中身の確認は行っている。
- 委員 他の病院で処方された薬についても同様か。
- 担当 そうである。
- 委員 病棟ごとでチェックの流れ等は異なるものなのか。
- 担当 確認の方法自体に差異はない。しかし、本事案における当該病棟のケース保存場所の整備の未実施のように、実態については病棟ごとにばらつきがある。

会 長 過去にも同様の事案が発生した事を鑑みると、漏えいによる実害に加え、患者に不信感を与えてしまう可能性が懸念される。意識的な対策のほかに、確実な再発防止策を講じる必要があるのではないかと考える。

委 員 市立病院における別事案と再発防止策が類似しているのはなぜか。

担 当 前提として、病棟ごとに担当が異なるため案件を分けている。再発防止策①～③については、両病棟周知が不足していると判断したため同様の対策をとっている。全病棟で統一的な対策を講じていく事を想定している。

(担当課が退室)

③ 保有個人情報に係る事故発生状況報告【市立病院看護部】

(担当課が入室、説明)

委 員 持参薬が混入したタイミングはいつなのか。

担 当 今回持参薬が持ち込まれたのは入院時ではなく、入院経過中である。その際に持参薬が混入したと考えられる。

委 員 入院時、患者が持参薬を使用する際に支障はなかったのか。

担 当 使用していなかった。

委 員 混入が発覚するまでの期間に持参薬のチェックは行わなかったのか。

担 当 一度預かり受けた持参薬のチェックは該当薬使用の際のみ行っている。

委 員 患者に退院処方、持参薬を渡す際の取扱規程等に記載されている『患者の退院処方はナースセンター内の所定のカゴの中で保管している』という箇所について、患者同士の薬が混ざる可能性はないのか。

担 当 現在の管理方法としては、患者の氏名が記載された透明のビニール袋内に薬を詰め、その袋を引き出し付きのボックスに保管するという方法をとっている。

また、新型コロナウイルスの影響でご家族との面会を制限していた時期があり、その期間中ご家族の方に薬剤、お薬手帳を返却する機会がなかった。4月から面会制限が解除されたため、現在は積極的にご家族への薬剤、お薬手帳

の返却が進められており、ボックス内に大量に持参薬が保管される状況を予防している。

委員 つまり持参薬がボックス内に大量に保管されている時期があったということか。

担当 それが実状であった。

委員 ビニール袋ごとに患者の薬を分けているとのことだが、なぜ本件のような薬剤の混入が発生したのか、経緯はどうなっていたのか。

担当 他の患者のビニール袋に誤って薬を入れてしまった。ビニール袋、薬袋双方に氏名の記載はあったため、要因としては担当者の確認不足である。

委員 再発防止策等の②に記載されている既存のチェックリストについて、本件事故発生時（返却時）にもチェックは行っていたのか。

担当 チェックは行っていたが、ビニール袋内の薬剤の確認までは行っていなかった。

委員 チェックリストの項目に薬剤の種類までは含まれていないのか。

担当 入院時に持参薬を預かる際には薬剤師によるチェックリストを作成しているが、本件薬剤は入院経過中に持ち込まれたため、薬剤師による追加のチェックは行っていなかった。

委員 入院経過中に持ち込まれた場合は持参薬をチェックする手続が存在しないのか。

担当 今回の件については、まず前提として入院時に持参薬のチェックは行っていた。入院数日後、看護師病棟に薬袋に入っておらずビニール袋に入れられた当該薬剤と説明書が届けられた。その際の袋詰めで混入が発生したと考えられる。

返却の際は看護師が薬袋と照合しながら返却を行っていたが、当該薬剤は薬袋が存在せず、他の患者のものだと一目で判断できなかった。薬剤の具体性について一つ一つは確認していない。

委員 チェックリストは全ての薬剤の名称、個数を確認するものではないのか。

担 当 チェックリストは預かりの有無を確認する目的で作成されたものである。

委 員 より具体性のあるチェックリストの作成の検討を要望する。

会 長 統一的で確実な方法の確立が課題である。

(担当課が退室)

④ 保有個人情報に係る事故発生状況報告【こども部ほいく課】

会 長 対象世帯に対し、保育所を利用するために必要な手続を案内する文書の郵送を行ったとのことだが、なぜ市内認可保育所に電子メールでの連絡を行ったのか。

担 当 対象世帯からの質問に対し、保育所が対応できるよう改正内容の周知を進めるためである。

会 長 送付ファイルについて、保育所のための参考資料以外の用途は想定されていたのか。

担 当 想定されていない。

会 長 送付した内容物は具体的に何か。

担 当 連絡文のサンプルと問合せに対する手続の要綱を送付した。

会 長 事故発生後の対応として、保育所に対し該当ファイルの削除依頼を行ったのみであり、閲覧が想定されていない人物への情報漏えいの確認は行っていないのか。

担 当 速やかな削除を依頼したのみである。また、当該ファイルについて転用は想定できないものである。

委 員 連絡文のサンプルとして実名が含まれているものを使用したのはなぜか。

担 当 個人情報保護に対する認識の甘さがあったためである。

会 長 連絡文は個人宛に氏名が記載されているものなのか。

担 当 そうである。

会 長 申請自体は紙ベースで行われるため、データ上のファイルが不特定多数に操作される可能性は想定されず、問題の所在は市内認可保育所とその他部外者への情報漏えいの可能性で間違いないか。

担 当 そうである。

委 員 保育所に対して削除要請事由は告げていないのか。

担 当 そうである。削除要請事由まで周知する必要性がないと判断し、誤ったメールを送付したとだけ告げている。

(担当課が退室)

議 題

保有個人情報一部開示決定に対する審査請求について

【No. 27 案件：教育委員会 指導室】

(審査請求案件につき非公開)

以上