福県医発第　２６５　号
平成１６年　４月３０日

173
16. 5. 6

各　医　師　会　長　　殿

福　岡　県　医　師　会
会長　竹　嶋　康　弘

診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について

標記の件につきまして、日本医師会より別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

本件は、先般、過剰照射事例が発生・判明したことを受け、診療用放射線の過剰照射の防止のため、医療機関による関係法令の遵守、管理体制の徹底、万一の事故時における通報・放射線障害の防止を求めるものであります。

つきましては、本件についてご了知いただくとともに、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より　　**担当理事　島田昇二郎**

日医発第 58 号（地Ｉ16）
平成１６年４月２０日

都道府県医師会長　殿

日本医師会長
植　松　治　雄

診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、厚生労働省医政局指導課長より各都道府県衛生主管部（局）長等宛に標記の通知が発出されるとともに、本会に対してもその周知方依頼がありました。

本件は、先般判明した２病院における過剰照射事例が発生・判明したことを受け、診療用放射線の過剰照射の防止のため、医療機関による関係法令の遵守、管理体制の徹底、万一の事故時における通報・放射線障害の防止を求めるものであります。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただくとともに、貴会管下医療機関への周知方につきご高配賜りますようようよろしくお願い申し上げます。

医政指発第0409002号
平成１６年４月９日

社団法人日本医師会会長　殿

厚生労働省医政局指導課長

診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について

標記について、別添のとおり各都道府県・政令市・特別区衛生主管部（局）長あて通知しましたので、その趣旨をご了知いただき、傘下会員に対する周知方よろしくお願いいたします。

（別　添）

写

医政指発第0409001号
平成１６年４月９日

各（都道府県／政令市／特別区）衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局指導課長

診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について

医療機関における診療用放射線に係る安全管理対策等については、かねてよりご配慮いただいているところであるが、最近、別添のとおり、診療用高エネルギー放射線発生装置（リニアック装置）に係る過剰照射と思われる事例が発生・判明したところである。

貴職におかれては、貴管下において医療法施行規則第２４条第１号の診療用高エネルギー放射線発生装置はもとより、診療用放射線照射装置（同条第２号）、及び診療用放射線照射器具（同条第３号）等を用いて診療を行っている医療機関に対して、関係法令の遵守、医療機関内の管理体制の徹底等について指導方よろしくお願いする。

また、今回の事例を踏まえ、最近新たにリニアック装置を備えた医療機関（更新したものを含む。）においては、照射量の設定等を含め、自主点検やダブルチェックの体制等適切な管理が行われるよう、特段の配慮をお願いする。

なお、万一の事故等による放射線障害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、医療法施行規則第３０条の２５により、保健所、警察署、消防署その他関係機関に通報するとともに、放射線障害の防止につとめなければならないとされており、その遵守についても併せて指導方よろしくお願いする。

（別　添）

診療用高エネルギー放射線発生装置による過剰照射の事例

１．国立弘前病院における過剰照射

本件は、平成３年１月から平成１１年１０月までの間に、診療用高エネルギー放射線発生装置（リニアック装置）を用いて患者に対し放射線治療を行う際に、必要とされる以上の放射線を照射していたことが判明したもの。

この経緯は、平成１５年８月に、同院において人工肛門造設術となった患者の原因究明を行ったところ、平成１１年に同院で受けた放射線治療で過剰な放射線照射が行われていたことが判明したものであり、そのため、過去に同院においてリニアック装置による治療を受けた患者について調査したところ、他にも複数の患者に対して過剰照射が実施されていたことが明らかになったもの。

この原因については、医師と診療放射線技師との間のコミュニケーション不足や、ダブルチェック体制がとられていなかったことが挙げられている。

なお、本件については、外部委員で構成される事故調査委員会が設置され、原因究明や今後の事故防止策等の対応策が検討されるとともに、関係学会による調査も実施されているところである。

２．山形市立病院済生館における過剰照射

本件は、平成１４年１０月以降、診療用高エネルギー放射線発生装置（リニアック装置）を用いて患者に対し放射線治療をする際に、必要とされる以上の放射線を照射していたことが判明したもの。

この経緯は、平成16年３月、他院における放射線治療の際の過少照射の事例が報道されたことを受け、同院において内部調査を行ったところ、複数の患者に対して過剰照射が実施されていたことが明らかになったもの。

この原因については、新たなリニアック装置を導入した後、放射線科担当医師が、放射線照射が不要な部位への照射を防止するための遮蔽版を装着していないにもかかわらず、装着したものとして計算した放射線量を照射したもので、装着の確認及び計算方法の徹底が不十分であったことによるものであり、ダブルチェック体制がとられてなかったことも原因とされている。

なお、本件については、医療機関内部に事故調査委員会を設置し、原因究明や今後の事故防止策等の対応策が検討されるとともに、外部機関による調査も実施されているところである。