

写

医政指発第0525001号

平成16年5月25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

標記については、「診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について」（平成16年4月9日医政指発第0409001号厚生労働省医政局指導課長通知）により、貴管下において診療用高エネルギー放射線発生装置（医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第24条第1号）、診療用放射線照射装置（同条第2号）等を用いて診療を行っている医療機関に対する指導方お願いしてきたところである。これを受け、当該医療機器を保有している医療機関が点検をした結果、診療用高エネルギー放射線発生装置（リニアック装置）による過剰照射と思われる事例（複数）につき、当課に報告が寄せられているところである。

今般、当課において、上記通知を受け貴職が指導により把握した貴管下医療機関の取組の状況等について把握することとしたので、別添様式1により、平成16年7月30日までに、当職宛て提出をお願いしたい。なお、貴管下医療機関から報告を求めるに当たっての参考例を別添様式2の通り作成したので、適宜活用いただきたい。

なお、事故等により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、直ちにその旨を病院又は診療所の所在地を管轄する保健所、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努めなければならないとされていることから、その遵守についても併せて指導方よろしく願います。

地方公共団体名: _____

1. 管下医療機関における診療用高エネルギー放射線発生装置の点検の実施状況等

通番	医療機関名	製作者名	型式	設置年月日	機器設定の点検実施の状況						③予定なし (**)
					①実施済		②実施予定				
					実施日	誤設定等の判明(*)	実施	日	実施	予定日	
1	(例) 〇〇病院			年 月 日	平成	年 月 日	有・無	平成	年 月 日	平成	年 月 日
				年 月 日	平成	年 月 日	有・無	平成	年 月 日	平成	年 月 日
				年 月 日	平成	年 月 日	有・無	平成	年 月 日	平成	年 月 日
2	△△大学病院			年 月 日	平成	年 月 日	有・無	平成	年 月 日	平成	年 月 日
				年 月 日	平成	年 月 日	有・無	平成	年 月 日	平成	年 月 日
∴				∴		∴	∴		∴		∴

2. 管下医療機関における診療用放射線照射装置の点検の実施状況等

通番	医療機関名	製作者名	型式	設置年月日	機器設定の点検実施の状況					③予定なし (**)
					①実施済		②実施予定			
					実施日	誤設定等の 判明(*)	実施予定	実施予定日		
1	(例) 〇〇病院	1 2		年 月 日	平成	年 月 日	有・無	平成	年 月 日	
2	△△大学病院	1		年 月 日	平成	年 月 日	有・無	平成	年 月 日	
3	□□病院	1		年 月 日	平成	年 月 日	有・無	平成	年 月 日	
		...		...		...	...		...	

3. 点検の結果 (概況)

	施設数	台数	点検実施済台数	誤設定判明台数	点検実施予定台数	点検予定なし台数
診療用高エネルギー放射線発生装置	施設	台	台	台	台	台
診療用放射線照射装置	施設	台	台	台	台	台
施設数の合計 (重複を除く)	施設					

(記載上の注意)

- ・別添様式 2 により提出されたものについて列記するとともに、施設数、台数について集計したものを記入すること。
- ・(*) : 点検の実施により誤設定等の不具合が判明した医療機関及び(**) : 点検の予定がない医療機関については、提出された別紙詳細の写しを提出すること。
- ・欄が足りない場合は、適宜寸法を増減して差し支えない。

医療機関名: _____

1. 診療用高エネルギー放射線発生装置の点検の状況

製作者名	型式	設置年月日	機器設定の点検実施の状況						③予定 なし (**)
			①実施済		②実施予定				
			実施日	誤設定等の 判明 (*)	実施日	誤設定等の 判明 (*)	実施日	誤設定等の 判明 (*)	
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日

2. 診療用放射線照射装置の点検の状況

製作者名	型式	設置年月日	機器設定の点検実施の状況						③予定なし (**)
			①実施済		②実施予定				
			実施日	誤設定等の判明 (*)	実施日	誤設定等の判明 (*)			
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日
		年 月 日	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日	有・無	平成 年 月 日

(記載上の注意)

- ・機器設定の点検実施の状況については、①実施済、②実施予定、③予定なしのいずれかの欄に○を記入した上で各項目を記入すること。
- ・(*)：点検の実施により誤設定等の不具合が判明した場合、誤設定等の生じた経緯、過剰照射・過少照射等の発生の状況、判明後の経過、院内における医療放射線安全対策方針その他特記すべき事項について、別紙1により詳記すること。
- ・(**)：点検の予定がない場合、点検を実施しない理由、院内における医療放射線安全対策方針その他特記すべき事項について、別紙2により詳記すること。
- ・欄が足りない場合は、適宜寸法を増減して差し支えない。

(別紙 1)

医療機関名 : _____

誤設定等の状況

誤設定等の生じた経緯

過剰照射・過少照射等の発生の状況

判明後の経過

院内における医療放射線安全対策方針

その他特記すべき事項

注：欄が足りない場合は、適宜寸法を増減して差し支えない。

(別紙2)

医療機関名： _____

点検を実施しない理由

院内における医療放射線安全対策方針

その他特記すべき事項

注：欄が足りない場合は、適宜寸法を増減して差し支えない。

(参 考)

○診療用高エネルギー放射線発生装置

診療の用に供する一メガ電子ボルト以上のエネルギーを有する電子線又はエックス線の発生装置

(例)・直線加速装置

(リニアック、ライナック、マイクロトロン、サイバーナイフ等)

○診療用放射線照射装置

放射性同位元素で密封されたものを装備している診療の用に供する照射機器で、その装備する放射性同位元素の数量が三・七ギガベクレルを超えるもの
(放射性同位元素装備診療機器を除く)

(例)・遠隔照射装置

(テレコバルト等)

・ガンマナイフ装置

・アフターローディング装置 [R A L S 装置]