

胃検診で起きたアクシデントに思うこと

佐野 幹夫

公益社団法人日本診療放射線技師会 副会長



平成27年5月8日に、群馬県で胃部エックス線の集団検診中に受診者が透視台から転落死するという痛ましい事故が発生した。検診車両内という狭い空間での出来事であり、当時の報道によると「当該機関は、直ちに外部の専門家による事故調査委員会を設置し原因究明に乗り出した。群馬県警も業務上過失致死容疑での立件を視野に、事故発生の実態の解明に向けた捜査が行われている」と新聞に掲載されていた。後日、事故の状況についての報道がなされ、検診中に車両内の透視台から受診者が転落した際、起倒式台と車両内壁に頭頸部が挟まれ、動脈損傷による出血性ショックが死因であると断定された。

本会としても、診療放射線技師が直接関与している重大な事故として捉え関係機関へ注意喚起を促すとともに、原因究明と再発防止策を目的に関係団体への参加を呼び掛け情報収集を進め、今後の対応策について胃検診事故合同調査委員会（今後の名称：事故問題対策検討委員会とする）を発足させ、翌月、JART事務所で合同会議が開催された。参加5団体は公益財団法人日本対がん協会、公益財団法人結核予防会、公益財団法人予防医学事業中央会、全国厚生農業協同組合連合会、そして本会の公益社団法人日本診療放射線技師会である。会議の席上で本会からは、今回の事故を受けて5月16日（土）に開催された臨時運営会議幹事会（含む医療安全対策委員会）および群馬県診療放射線技師会からの情報を含め報告をした。参加した各団体からも現状報告と他の検診団体の動向が次々に報告された。詳細な情報が入手できない状況の中で、事故の原因究明と今後の対策について参加者により熱い議論がなされた。その中で、現状の検診業務におけるさまざまな問題が話題となり、検診業界の厳しい現実と、効率に視点を置く経営側と現場で働く医療従事者の過酷な業務環境が報告された。今回の事故原因の大きな要因とされている、肩当て器具の装着がされていなかったことへ論点が集中した。そして医療安全を視野に、業務実態調査を目的とした関係各所へのアンケート調査を速やかに実施することとした。アンケートは前述の5団体所属の会員を対象とし、内容は検討委員会で現在検討中であるが、装置管理・撮影管理・医療安全・その他に分類し、装置の年式と台数や種類、点検の頻度や保守点検契約について、具体的な撮影方法について（肩当て器具装着の有無や透視台の逆傾斜角度など）、対応マニュアル（緊急連絡時、低血糖者、障害者や外国人など）の有無や検査中止基準の存在について、安全対策に関する講習会実施について、検査の説明方法について、検査従事者の情報や検査件数についてなどが主な内容となっている。

今回の事故について種々の報道がなされているが、物事のどこに焦点を当てるかで内容は随分違ってくるとともに読者に与える影響も大きく変わる。予防医学に真剣に取り組んでいる医療者や、現状の胃バリウム検査に撮影技術の向上を目指し胃検診に真面目に取り組んでいる技師への影響を考えると、関係者に与えた影響は多大であろう。本会を含め関係団体としては、今後、このような事故が起こらないよう医療安全に向けた取り組みに励んでいかなければならないと考える。

長い歴史の中で、胃検診に携わる診療放射線技師の高い撮影技術にこれまで支えられてきた。受診者獲得のためにダンピングが常態化している現状の中で、効率を加速させる検診事業を取り巻く環境も要因の1つであり、医療関係者の受診者への医療安全に対する意識が低いと言わざるを得ない。また今回問題になっている肩当て器具であるが、医療安全を最優先に考えれば法整備も視野に入れた取り組みが急務である。そして長い年月の中で、われわれ技師自身も効率だけが最優先される環境をいつの間にか容認していたのではないか。受診者の医療安全と検診に対する検査の質の向上、そして技師としての責務を今こそ再確認すべきであろう。その意味において、今回の週刊誌の記事は一石を投じてくれたといえよう。本会としては、検診事業に携わる各団体と連携を取り、今回の痛ましい事故を教訓に再発防止と医療安全への強化を図っていきたいと考える。またJIRAとの連携で検診業務で使用する装置の安全性も視野に入れた検討も必要であろう。

最後になりましたが、今回の胃検診事故で不幸にもお亡くなりになった故人に対し、謹んで哀悼の意を表します。