

救急CT技術を『寄り添い』へ繋ぐ —誰も取り残さないSTAT報告と教育—

宮田 健吏 一般財団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院放射線部

医師偏在問題と夜間救急における「属人化」の構造的課題

近年のわが国における医療提供体制において、厚生労働省が策定した「医師偏在指標」に象徴される地域間・診療科間の医師偏在¹⁾は、救急現場に深刻な影響を及ぼしている。特に地方都市や緊急度の高い救急医療を担う施設では、夜間・休日帯における各科専門医や放射線科医の常駐、ならびに撮影直後の読影体制を維持することがきわめて困難である。こうしたリソース不足を背景に、タスク・シフト/シェアの一環である生命予後にかかわる緊急性の高い疾患の画像(STAT画像)所見報告(以下、STAT報告)を含め、診療放射線技師が果たすべき役割への期待が急速に高まっている。

しかし、従来の運用では、緊急所見の拾い上げや主治医への情報伝達が、「X線CT認定技師」「救急撮影認定技師」や長年の臨床経験を持つ一部のベテラン個人のスキルに依拠していた。特定資格の保有者や熟練者が当番である時間帯には質の高い画像評価が行われる一方、それ以外の時間帯では伝達が滞るという、「業務の属人化」が顕著な課題となっていたのである。日中であれば、放射線科医や専門技師による即座のバックアップが機能するが、最小人数で臨む夜間当番体制においては、個人の能力差が直接的に診断・治療の遅延へ直結する懸念があった。当院においても、この個人依存型アプローチからの脱

却が喫緊の課題であった。本稿では、当院が全スタッフ参加型の標準化システムと教育プログラムを導入し、確実なSTAT報告を実践できる組織体制を確立するまでのプロセスと成果について詳述する。

当院の医療環境と放射線部門の現状

当院は、地域医療圏の中核を担う945床の総合病院であり、三次救急救命センターを有している。年間救急搬送件数は5350件(2024年度実績)、年間救急患者総数は1万3994名(2023年度実績)に達し、39診療科を擁する医療体制を展開している。

この救急医療を支える放射線部門の体制は、以下のとおりである。

- 放射線科医：計4名〔画像診断医3名(うちIVR担当2名)、放射線治療医1名〕
- 夜間帯の医師配置：画像診断医不在(IVR緊急呼出時のみオンコール対応)
- 診療放射線技師：45名(うちX線CT認定技師11名、救急撮影認定技師9名。日勤帯はローテーション業務により多様なモダリティを担当)
- 夜勤体制：当番3名体制(当直対象者38名)

夜間帯における課題分析：臨床医と診療放射線技師の心理的・技術的バリア

夜間救急において画像診断の遅れや重大な所見の見落としが生じる要因につ

いて、当院での臨床医・診療放射線技師の双方が抱える課題を構造的に分析した。

1. 夜間臨床医(専門外医師・初期研修医)側の要因

救急搬送患者の初期対応を行う医師が専門外領域であったり、経験の浅い初期研修医であったりする場合、緊急CTにおける微細な異変や専門的所見を正確に解釈することに技術的限界が存在する。また、夜間帯に他科の上級医やオンコール医へ相談することに対する心理的ハードルも手伝い、確定診断や治療介入のタイミングが遅れてしまうリスクが常在していた。

2. 診療放射線技師側の要因

当直業務が全領域のローテーション制であるため、普段CT検査を主業務としない診療放射線技師においては、緊急性の高い所見に関する知識・判断力の維持に一定の難しさがあった。さらに、自ら気づいた異常所見を伝える際、見解の確実性に対する不安や「過剰な割り込み」と受け取られることへの懸念から、医師への直接連絡を躊躇する傾向が認められた。

これら構造的要因と心理的・技術的バリアが相乗し、異常検知から臨床医への情報伝達、ひいては治療開始に至るプロセスの遅延につながるリスクが潜在していた。