

# 原子力施設の事象の国際評価尺度 (INES)

<b>INCIDENT No.</b>		<b>FOLLOW UP No.</b>			<b>NUPEC No.</b>			<b>ERF No.</b> 872				
<b>事象タイトル</b>		放射線技師の前膊での潜在的過剰被ばく							<b>事象発生日</b>			
									2007/01/20			
<b>評価結果</b>	<b>評価日</b>	<b>レベル</b>							<b>事象のタイプ</b>			
暫定 <input checked="" type="checkbox"/>	2007/01/23	<b>尺度外</b>	<b>尺度未満/ レベル0</b>	<b>インシデント</b>			<b>事故</b>				発電所 <input type="checkbox"/>	研究炉 <input type="checkbox"/>
最終 <input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5	6	7	廃棄物処理 <input type="checkbox"/>	放射線源 <input checked="" type="checkbox"/>
<b>国名</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	照射/加速器施設 <input type="checkbox"/>	輸送 <input type="checkbox"/>
USA											燃料製造施設 <input type="checkbox"/>	燃料再処理施設 <input type="checkbox"/>
<b>ロケーション</b>		<b>施設名</b>										
Philadelphia, Pennsylvania		Conam Inspection					研究施設 <input type="checkbox"/>					採鉱/精錬 <input type="checkbox"/>
							濃縮施設 <input type="checkbox"/>					放射性同位体処理/取扱い施設 <input type="checkbox"/>
												その他 <input type="checkbox"/>

	YES	NO
<b>人と環境への影響</b>		
法定限度を上回る放出か？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
公衆の過大被ばくか？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
従業員の過大被ばくか？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>施設における放射線バリアと管理への影響</b>		
施設内の汚染の拡大か？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
施設内の放射線バリアの損傷（燃料損傷を含む）か？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>深層防護の劣化</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>その他の情報</b>		
負傷/死傷者の発生か？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
問題の継続か？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
プレス発表がされたか？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## 事象の概要

2007年1月20日、コナム検査所は、NRCに前腕の職業過剰被ばくの可能性について通知した。事業者によれば、放射線技師は、Ir-192密封線源2.85 TBq (77 Ci)を搭載したAEA660装置を使用し、放射線撮影を行った。放射線技師は、線源が遮へいされた位置にあると思い、装置に近づき、次ぎの撮影のために線源ガイド管を操作した。線源照射しようとクランク部を戻したとき、放射線技師は線源が遮へいされた位置にはないことに気づいた。

線量評価では、事業者は滞在時間を55秒とし、作業員が前膊線量を右手に受け、指での線量は約440-550 mSv (44-55 rem)で、NRCの前膊に対する皮膚線量当量限度500 mSv (50 rem)を超えたと予備的に結論づけた。

放射線技師は、義務づけられた警報付線量計を着用してなく、線源ガイド管を設定する前に装置に近づいた時、サーベイ機器が機能していなかったことが判明した。事業者は、放射線技師を彼の業務から外し、当該事象が生じた施設での放射線撮影に関する全ての作業を中止した。個人線量計の結果、放射線撮影者の全身線量は約6 mSv (600 mrem)であった。

NRCは、原因と本事象に関する環境をレビューするため、現地調査を実施している。