

## 2021年度診療放射線技師業務実態調査 (E)核医学 (RI)

アンケートにご協力をお願いします。

### E:核医学 (RI)

Q1. 都道府県名：プルダウンメニューから選択してください。

回答

Q2. A1：病院 施設概要に記入された方の情報をご記入ください。  
この情報を基に施設各部門のデータを紐付けしますので、  
お間違えの無いようお願いいたします。

A1 病院 施設概要 に記入された勤務先施設名

回答

A1 病院 施設概要 に記入された記入代表者氏名

回答

A1 病院 施設概要 に記入された記入代表者会員番号 (半角数字)

回答

Q3. E：核医学 (RI)に記入していただく方の情報をご記入ください。

記入代表者氏名

回答

記入代表者会員番号 (半角数字)

回答

Q4. 記入協力者についてお答えください。20名まで記入可能です。会員番号を記入してください。(半角数字)

回答

Q5. 装置1台当たりの技師配置人数について記入してください。

RI検査担当

回答

名

Q6. 第1種放射線取扱主任者について、職種と人数をお答えください。いない職種は"0"を記入してください。

|            |    |   |
|------------|----|---|
| 診療放射線技師：専任 | 回答 | 名 |
| 診療放射線技師：兼任 | 回答 | 名 |
| 医師：専任      | 回答 | 名 |
| 医師：兼任      | 回答 | 名 |
| その他：専任     | 回答 | 名 |
| その他：兼任     | 回答 | 名 |

Q7. 時間外時間 ※時間外（超過勤務時間）：スタッフの技師1名の1ヶ月当りの平均時間外（超過勤務時間）数を選択してください。

- a. 0-2時間
- b. 3-5時間
- c. 6-10時間
- d. 11-15時間
- e. 16-20時間
- f. 21-25時間
- g. 26-30時間
- h. 30時間以上

RI検査

E. 核医学 (RI) 検査についてお伺いします。

2020(令和2)年11月の1カ月間のデータでご回答ください。

Q8. 患者数についてお答えください。ない場合は"0"を入力してください。

|            |    |   |
|------------|----|---|
| RI検査 インビボ  | 回答 | 人 |
| RI検査 インビトロ | 回答 | 人 |

Q9. 貴施設に設置されている機器の台数をお答えください。未所有の機器には"0"を記入してください。

|                     |    |   |
|---------------------|----|---|
| ガンマカメラ (非SPECT)     | 回答 | 台 |
| ガンマカメラ (SPECT：1検出器) | 回答 | 台 |
| ガンマカメラ (SPECT：2検出器) | 回答 | 台 |
| ガンマカメラ (SPECT：3検出器) | 回答 | 台 |
| ガンマカメラ (SPECT：リング型) | 回答 | 台 |
| ガンマカメラ (SPECT：その他)  | 回答 | 台 |
| SPECT/PET兼用機 SPECT  | 回答 | 台 |
| SPECT/PET兼用機 PET    | 回答 | 台 |
| PET装置               | 回答 | 台 |
| PET/CT複合機           | 回答 | 台 |
| SPECT/CT複合機         | 回答 | 台 |
| その他1 機器名            | 回答 |   |
| その他1                | 回答 | 台 |
| その他2 機器名            | 回答 |   |
| その他2                | 回答 | 台 |

Q10. 2020（令和2）年11月の検査件数をお答えください ※検査件数：一連の検査の場合は1件とします。無い場合は”0”を記入してください。

|                    |    |   |
|--------------------|----|---|
| ガンマカメラ（非SPECT）     | 回答 | 件 |
| ガンマカメラ（SPECT：1検出器） | 回答 | 件 |
| ガンマカメラ（SPECT：2検出器） | 回答 | 件 |
| ガンマカメラ（SPECT：3検出器） | 回答 | 件 |
| ガンマカメラ（SPECT：リング型） | 回答 | 件 |
| ガンマカメラ（SPECT：その他）  | 回答 | 件 |
| SPECT/PET兼用機 SPECT | 回答 | 件 |
| SPECT/PET兼用機 PET   | 回答 | 件 |
| PET装置              | 回答 | 件 |
| PET/CT複合機          | 回答 | 件 |
| SPECT/CT複合機        | 回答 | 件 |
| その他1               | 回答 | 件 |
| その他2               | 回答 | 件 |

Q11. SPECT検査 2020（令和2）年11月の検査内容（部位件数）をお答えください。\*検査件数：一連の検査の場合は1件とします。

無い場合は"0"を記入してください。

|               |    |   |
|---------------|----|---|
| 骨シンチ          | 回答 | 件 |
| 腫瘍シンチ (67-Ga) | 回答 | 件 |
| 脳血流シンチ        | 回答 | 件 |
| 脳槽シンチ         | 回答 | 件 |
| 唾液腺シンチ        | 回答 | 件 |
| 甲状腺・副甲状腺シンチ   | 回答 | 件 |
| 心筋シンチ         | 回答 | 件 |
| 肺シンチ          | 回答 | 件 |
| 肝・胆のうシンチ      | 回答 | 件 |
| 消化管出血シンチ      | 回答 | 件 |
| 副腎シンチ         | 回答 | 件 |
| レノグラム         | 回答 | 件 |
| その他1：部位名      | 回答 |   |
| その他1：件数       | 回答 | 件 |
| その他2：部位名      | 回答 |   |
| その他2：件数       | 回答 | 件 |
| その他3：部位名      | 回答 |   |
| その他3：件数       | 回答 | 件 |
| その他4：部位名      | 回答 |   |
| その他4：件数       | 回答 | 件 |
| その他5：部位名      | 回答 |   |
| その他5：件数       | 回答 | 件 |
| その他6：部位名      | 回答 |   |
| その他6：件数       | 回答 | 件 |
| その他7：部位名      | 回答 |   |
| その他7：件数       | 回答 | 件 |
| その他8：部位名      | 回答 |   |
| その他8：件数       | 回答 | 件 |
| その他9：部位名      | 回答 |   |
| その他9：件数       | 回答 | 件 |
| その他10：部位名     | 回答 |   |
| その他10：件数      | 回答 | 件 |

Q12. PET検査2020（令和2）年11月の検査内容（各種別件数）をお答えください。\*検査件数：一連の検査の場合は1件とします。

無い場合は"0"を記入してください。

|            |    |   |
|------------|----|---|
| PET (18-F) | 回答 | 件 |
| PET (11-C) | 回答 | 件 |
| PET (13-N) | 回答 | 件 |
| PET(15-O)  | 回答 | 件 |
| その他1：（各種）  | 回答 |   |
| その他1       | 回答 | 件 |
| その他2：（各種）  | 回答 |   |
| その他2       | 回答 | 件 |

Q13. 貴施設で行われている放射性医薬品による内用療法についての、実施状況予定をお答えください。

- a. 行っていない
- b. 今後行う予定である
- c. 行っている

|  |    |
|--|----|
| 甲状腺 (131-I)                                | 回答 |
| 褐色細胞腫 (131-I)                              | 回答 |
| 骨疼痛緩和 (89-Sr)                              | 回答 |
| 非ホジキンリンパ腫 (90-Y)                           | 回答 |
| 223-RaCl <sub>2</sub> 注射液による骨転移治療 (223-Ra) | 回答 |
| その他  | 回答 |

Q14. 放射性医薬品による内用療法についての、実施件数をお答えください。※一連の治療についての件数を1件とします。

※Q13で行っているを選択した項目のみお答えください。

|  |    |   |
|--|----|---|
| 甲状腺 (131-I)                                | 回答 | 件 |
| 褐色細胞腫 (131-I)                              | 回答 | 件 |
| 骨疼痛緩和 (89-Sr)                              | 回答 | 件 |
| 非ホジキンリンパ腫 (90-Y)                           | 回答 | 件 |
| 223-RaCl <sub>2</sub> 注射液による骨転移治療 (223-Ra) | 回答 | 件 |
| その他  | 回答 | 件 |

Q15. 装置の日常点検実施状況についてお答えください。（している・していない）を選択してください。

- a. している
- b. していない

核医学診断装置 回答

Q16. 装置の日常点検の所要時間（分）についてお答えください。

※Q15でしているを選択した場合のみお答えください。

- |       |          |
|-------|----------|
| a. 5  | g. 35    |
| b. 10 | h. 40    |
| c. 15 | i. 45    |
| d. 20 | j. 50    |
| e. 25 | k. 55    |
| f. 30 | l. 60分以上 |

核医学診断装置

Q17. 装置の日常点検の実施時間帯についてお答えください。

- a. 時間内  
b. 時間外

核医学診断装置

Q18. 装置の定期点検実施状況についてお答えください。

( \* 定期点検：施設側で週・月単位で実施する自主点検のこと。 )

- a. している  
b. していない

核医学診断装置

Q19. 装置の保守点検実施状況についてお答えください。

( \* 保守点検：メーカーと契約された点検のこと。 )

- a. している  
b. していない

核医学診断装置

Q20. 核医学検査室のRI 汚染測定はどなたが行っていますか。

- a. 診療放射線技師  
b. 所属放射線技師会  
c. 外部委託業者  
d. その他

Q21. RI 検査の帳簿管理はどなたが行っていますか。

- a. 診療放射線技師  
b. 医師  
c. その他

貴施設で行われているインビボ検査に於ける実施職種についてお答えください。

### ①インビボ検査

Q22. インビボ検査：SPECT検査：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

Q23. インビボ検査：PET検査：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

Q24. インビボ検査：その他：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

### ②放射性医薬品

Q25. 放射性医薬品：ミルクング：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

Q26. 放射性医薬品：標識操作：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

Q27. 放射性医薬品：注射の準備：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

Q28. 放射性医薬品：注射：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

Q29. 放射性医薬品：抜針と止血：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

Q30. 放射性医薬品：廃棄処理：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者



Q31. 放射性医薬品：廃棄物管理：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者

## ③サイクロトロン

Q32. サイクロトロン：運転：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

Q33. サイクロトロン：管理：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

Q34. サイクロトロン：保守：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

Q35. サイクロトロン：PET製剤調合：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

## ④患者説明

Q36. SPECT患者説明：検査前：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

Q37. SPECT患者説明：検査中：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

Q38. SPECT患者説明：検査後：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

Q39. PET患者説明：検査前：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

Q40. PET患者説明：検査中：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

Q41. PET患者説明：検査後：対応職種を選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 薬剤師
- e. 臨床検査技師
- f. 他技術者
- g. 未所有

#### ④患者説明

Q42. 核医学装置の安全管理責任者はどなたですか。

回答  
(その他)

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 臨床工学士
- d. その他

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

**【他 アンケート項目】**

- ・ (A1)病院 施設概要
- ・ (A2)健診・検診施設 概要(車載含)
- ・ (B1)X線単純撮影・X線透視撮影
- ・ (B2)血管造影検査
- ・ (C)CT検査
- ・ (D)MRI 検査
- ・ (F)放射線治療
- ・ (G)超音波検査

調査委員会