

2021年度診療放射線技師業務実態調査

(B2)血管造影検査

アンケートにご協力お願いします。

B2：血管造影検査

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. B2：血管造影検査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. 台数当たりの配置技師人数について記入してください。

血管造影検査担当

回答

名

心臓カテーテル検査担当

回答

名

Q6. 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	血管造影検査担当	回答
b. 3-5時間	心臓カテーテル検査担当	回答
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		

“2020（令和2）年11月”1か月間の検査患者についてお伺いします。

Q7. 検査患者数についてお答えください。

血管造影検査	回答	名
心臓カテーテル検査	回答	名

Q8. 病院の所有する装置台数についてお答えください。未所有の場合は、“0”を記入してください。

X線アンギオグラフィー（一般血管領域・循環器領域）装置	回答	台
X線アンギオグラフィー（心臓領域専用）装置	回答	台
アンギオグラフィー用CT装置	回答	台

装置の点検実施状況を伺います。

Q9. 病院の所有する装置の日常点検実施状況についてお答えください。装置毎に（している・していない・未所有）を選択してください。

- a. している
b. していない
c. 未所有

X線アンギオグラフィー（一般血管領域・循環器領域）装置	回答	台
X線アンギオグラフィー（心臓領域専用）装置	回答	台
アンギオグラフィー用CT装置	回答	台

Q10. 病院の所有する装置の日常点検の所要時間（分）についてお答えください。

装置ごとに 所要時間（分）から選択してください。

- | | |
|-------|----------|
| 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 |

X線アンギオグラフィー（一般血管領域・循環器領域）装置	回答	分
X線アンギオグラフィー（心臓領域専用）装置	回答	分
アンギオグラフィー用CT装置	回答	分

Q11. 病院の所有する装置の日常点検の実施時間帯についてお答えください。

装置ごとに（・時間内・時間外）から選択してください。

※Q10で"している"を選択した機器についてのみお答えください。

- a. 時間内
b. 時間外

X線アンギオグラフィー（一般血管領域・循環器領域）装置	回答
X線アンギオグラフィー（心臓領域専用）装置	回答
アンギオグラフィー用CT装置	回答

Q12. 病院の所有する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。）

装置毎に（している・していない・未所有）を選択してください。

- a. している
b. していない
c. 未所有

X線アンギオグラフィー（一般血管領域・循環器領域）装置	回答
X線アンギオグラフィー（心臓領域専用）装置	回答
アンギオグラフィー用CT装置	回答

Q13. 病院の所有する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。）

装置毎に（している・していない・未所有）を選択してください。

- a. している
b. していない
c. 未所有

X線アンギオグラフィー（一般血管領域・循環器領域）装置	回答
X線アンギオグラフィー（心臓領域専用）装置	回答
アンギオグラフィー用CT装置	回答

Q14. 血管造影業務実態についてお答えください。（行っている業務内容にチェックをしてください）
（複数選択可）

回答

- a. 血管造影の問診・事前説明
- b. 造影剤副作用の説明
- c. 造影剤使用同意書の確認
- d. 血管撮影室入室時の患者確認
- e. カテーテルなどの検査器具の準備
- f. 使用造影剤の決定
- g. 造影剤のインジェクターへの充填
- h. 造影剤注入条件の決定
- i. 造影剤注入条件の設定
- j. 撮影範囲の決定
- k. 撮影時間（終了時）の決定
- l. 3D画像の再構成作業
- m. カテーテル・ガイドワイヤー等の管理
- n. 造影剤の管理
- o. 血管撮影マニュアルの作成
- p. 血管撮影におけるスタッフ教育
- q. 血管撮影の予約管理

Q15. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。（複数選択可）
血管造影の問診・事前説明 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q16. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。（複数選択可）
造影剤副作用の説明 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q17. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。（複数選択可）
造影剤使用同意書の確認 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q18. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
血管撮影室入室時の患者確認 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q19. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
カテーテルなどの検査器具の準備 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q20. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
使用造影剤の決定 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q21. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
造影剤のインジェクターへの充填 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q22. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
造影剤注入条件の決定 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q23. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
造影剤注入条件の設定 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q24. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
撮影範囲の決定 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q25. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
撮影時間(終了時)の決定 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q26. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
3D画像の再構成作業 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q27. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
カテーテル・ガイドワイヤー等の管理 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q28. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
造影剤の管理 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q29. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
血管撮影マニュアルの作成 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q30. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
血管撮影におけるスタッフ教育 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

Q31. Q14で実施しているにチェックした場合 対応職種をお答えください。(複数選択可)
血管撮影の予約管理 対応職種を選択してください。

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. その他

医療機器の安全管理についてお伺いします。

Q32. 血管造影検査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
- ・ (C)CT検査
- ・ (D)MRI 検査
- ・ (E)核医学 (RI)
- ・ (F)放射線治療
- ・ (G)超音波検査

調査委員会